



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Θέμα πτυχιακής εργασίας :

Χρόνια ασθένεια :Αίσθηση απειλής και
στρατηγικές αντιμετώπισης

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: κ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΤΑΛΛΑΡΟΥ ΜΑΡΙΑ -ΧΡΙΣΤΙΝΑ

A.M: 2162

Ρέθυμνο 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
1.ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	5
1.1 Φάσεις της χρόνιας ασθένειας	6
1.2Αντιδράσεις των ατόμων που διαγιγνώσκονται με χρόνια ασθένεια	8
1.3 Χρόνια ασθένεια και προσαρμογή.....	10
2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΠΕΙΛΗΣ.....	12
2.1 Η αντίληψη της απειλής και των αποθεμάτων	12
2.2 Αντιλαμβανόμενη Απειλή –Υγεία και Ασθένεια.....	14
2.3 Προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένεια και την αντιλαμβανόμενη απειλή.....	17
➤ Απάθεια και κατάθλιψη.....	17
➤ Άγχος:.....	18
➤ Θυμός και Επιθετικότητα	19
➤ Έκπτωση της νοητικής λειτουργίας.....	19
2.4 Σωματικές Αποκρίσεις σε απειλητικές καταστάσεις.....	20
3. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.....	22
➤ Παλινδρόμηση	22
➤ Άρνηση	23
➤ Διανοητικοποίηση	23
➤ Προβολή	23
➤ Μετάθεση	23
4.ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ –COPING.....	24
4.1 Αντιμετώπιση με εστίαση στο πρόβλημα	26
4.2 Αντιμετώπιση με εστίαση στο συναίσθημα.....	28
4.3 Κριτήρια επιλογής των στρατηγικών αντιμετώπισης.....	29
6. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ (ΣΑΣΚ)	31
7.ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	34
8. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	35
9. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	36
9.1 Δείγμα	36

9.2 Ερευνητική διαδικασία	38
9.3 Ψυχομετρικά εργαλεία	39
10. ΕΥΡΗΜΑΤΑ	41
10.1 Συσχέτιση των απειλών που βιώνουν οι χρόνιοι ασθενείς και χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης (coping).....	41
10.2 Απειλή , στρατηγικές αντιμετώπισης (coping) και συσχέτιση με σωματική και ψυχική υγεία	42
10.3 Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις μεταβλητές σωματική υγεία ,ψυχική υγεία ,απειλή και στρατηγικών αντιμετώπισης	44
11. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	46
Ευχαριστίες	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	52

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έρευνα που πραγματοποιήσαμε απευθύνεται σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες με κάποια χρόνια ασθένεια. Διεξάγεται από το τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης και αφορά τις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις χρόνιων ασθενών και τη σχέση τους με το επίπεδο υγείας. Στόχος μας είναι να κατανοήσουμε πως οι αντιδράσεις αυτές συνδυάζονται, ώστε να υπάρξει καλύτερο επίπεδο υγείας και καλύτερη προσαρμογή των χρόνιων ασθενών με σκοπό να αναπτύξουμε πιο αποτελεσματικές μεθόδους στήριξής τους. Συγκεκριμένα μελετήσαμε τις απειλές που βιώνουν οι ασθενείς από μια χρόνια ασθένεια καθώς και τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για την αντιμετώπισή τους. Επίσης, μελετήσαμε τις στρατηγικές αντιμετώπισης και την σχέση τους με την σωματική και την ψυχική υγεία. Τέλος, μελετήσαμε αν υπάρχουν διαφορές ως προς τα δύο φύλα ως προς την απειλή, την αντιμετώπιση, την σωματική και ψυχική υγεία.

Οι συμμετέχοντες της έρευνας (196 άτομα) διαφορετικών ηλικιακών ομάδων κλήθηκαν να συμπληρώσουν δύο ψυχομετρικές δοκιμασίες. Η κλίμακα της αντιλαμβανόμενης βασικής απειλής χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει τις απειλές που βιώνουν οι άνθρωποι από μια χρόνια ασθένεια και συγκεκριμένα απειλές ενάντια στην αυτοσυντήρηση, την προσωπική ταυτότητα και ανάπτυξη και την προσωπική κοσμοθεωρία. Επίσης, χρησιμοποιήσαμε την κλίμακα Αντιμετώπισης Βλαβών και προβλημάτων Υγείας (ΚΑΒΠΥ) που αξιολογεί τις στρατηγικές που το άτομο χρησιμοποιεί για να αντιμετωπίσει προβλήματα και βλάβες υγείας.

Τα ευρήματα της έρευνας επιβεβαίωσαν εν μέρει τις αρχικές μας υποθέσεις. Διαπιστώσαμε λοιπόν, ότι η απειλή σχετίζεται σημαντικά με τις τεχνικές αντιμετώπισης της ασθένειας. Ακόμη, βρέθηκε ότι η σωματική και ψυχική υγεία σχετίζεται αρνητικά με την απειλή, καθώς επίσης και με τις συγκεκριμένες τεχνικές αντιμετώπισης της ασθένειας (τεχνική της ανακούφισης –τεχνική της ονειροπόλησης). Τέλος, επιβεβαιώθηκε και η τελευταία μας υπόθεση. Δηλαδή, διαπιστώσαμε ότι οι άντρες δεν διέφεραν από τις γυναίκες ως προς την απειλή, την σωματική, ψυχική υγεία και το coping (αντιμετώπιση προβλημάτων της ασθένειας).

1.ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Στις αρχές του αιώνα η διάγνωση μιας σοβαρής αρρώστιας ισοδυναμούσε με θανατική καταδίκη .Σήμερα χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας το οξύ πρόβλημα υγείας μετατρέπεται σε χρόνιο, αλλά αυξάνονται καθημερινά και οι πιθανότητες ίασης του . Οι περισσότερες δηλαδή από τις ασθένειες που αντιμετωπίζει στις μέρες μας ένας άνθρωπος είναι χρόνιες. Οι ασθένειες αυτές δεν θεραπεύονται οριστικά αλλά αντίθετα μπορούν να ελεγχθούν τόσο μέσω φαρμακευτικής αγωγής όσο και αλλαγής του τρόπου ζωής και των συνηθειών, πράγμα που μπορεί να οδηγήσει τους χρόνιους ασθενείς να ζήσουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα μια σχεδόν ‘φυσιολογική’ ζωή.

Σαφώς οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν μια δύσκολη δοκιμασία για τα άτομα που πάσχουν αλλά και για τις οικογένειες τους εξαιτίας της χρονιότητας και της αβεβαιότητάς τους .Τα άτομα με χρόνια ασθένεια αντιμετωπίζουν μια σειρά διακριτών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων όπως η διάγνωση , η θεραπεία , η υποτροπή , τα οποία μπορούν να καταβάλλουν ακόμα και ένα άτομο με αυξημένες δυνάμεις .Κάθε ασθένεια έχει διαφορετική εκδήλωση συμπτωμάτων και κάθε ασθενής βιώνει διαφορετικά την νόσο του .Όμως όλοι οι χρόνιοι ασθενείς έχουν να αντιμετωπίσουν μια πλειάδα κοινών προβλημάτων . Οι αλλαγές αυτές μπορεί να είναι απώλεια του ρόλου τους ,αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις , απώλειες της λειτουργικότητας .Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια είναι εξαιρετικά πολύπλοκη και επηρεάζει σχεδόν όλους τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας (Chron ,1972).

1.1 Φάσεις της χρόνιας ασθένειας

Ο Doca το 1993 διέκρινε την εξέλιξη μιας χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας σε μια σειρά φάσεων, κάθε μια εκ των οποίων χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες “προκλήσεις” ή “έργα” σε επίπεδο οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό.

Οι φάσεις του μοντέλου του Doca είναι: η προδιαγνωστική, η οξεία, που περιλαμβάνει και τη διάγνωση, η χρόνια και η τελική φάση, η οποία καταλήγει ορισμένες φορές στο θάνατο του ασθενούς. Δεν είναι όλες οι φάσεις <<υποχρεωτικές>>για κάθε ασθένεια ή για κάθε ασθενή, ενώ οι <<προκλήσεις>> που περιλαμβάνουν, ποικίλλουν κατά περίπτωση.

Στην προδιαγνωστική φάση το άτομο αρχίζει να αναγνωρίζει κάποια συμπτώματα, τα οποία ίσως αποτελούν ενδείξεις μιας σοβαρής ασθένειας. Οι αντιδράσεις ποικίλλουν από την κινητοποίηση για τη διευκρίνιση της κατάστασης ως την αγνόηση των συμπτωμάτων ή την αποφυγή ανάληψης οποιασδήποτε δράσης.

Η οξεία φάση συνδέεται συνήθως με τη διάγνωση και τη συνακόλουθη αντίδραση του ατόμου. Η αρχική ισχυρή έκπληξη, η πιθανή ανάγκη για επώδυνες και δύσκολες ή και επικίνδυνες ιατρικές διαδικασίες, η ανάγκη πιθανώς για μακρόχρονη νοσηλεία, η ανάγκη για αλλαγές στον τρόπο ζωής και ο φόβος για το μέλλον και την ίδια τη ζωή προκαλούν μια σειρά έντονων και αρνητικών συναισθημάτων. Το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει τη νέα κατάσταση και να διαχειριστεί τα συναισθήματά του.

Κατά την οξεία φάση θα πρέπει, επίσης, ο ασθενής να λάβει μια σειρά σημαντικών και συχνά δύσκολων αποφάσεων, όπως: για το εάν θα μιλήσει για την κατάσταση της υγείας του και σε ποιον, αν θα αναζητήσει περισσότερες ιατρικές γνώμες, τι είδους θεραπεία θα επιλέξει, που θα νοσηλευτεί, ποιος θα είναι ο γιατρός του κ.λπ. Κάποια άτομα προσπαθούν να ελέγξουν τη νέα κατάσταση, συγκεντρώνοντας πληροφορίες και εφαρμόζοντας στρατηγικές επίλυσης προβλήματος. Κατορθώνουν να προσαρμοστούν στην κατάσταση και προσπαθούν να ανταπεξέλθουν, αλλάζοντας τη ζωή τους και αναθεωρώντας τη ζωή τους προσποιούμενοι ή αρνούμενοι την πραγματικότητα, ενώ άλλοι παλινδρομούν.

Η χρόνια φάση εκτείνεται ως την τελική έκβαση (ίαση ή θάνατος). Αποτελεί μια δύσκολη περίοδο για τον ασθενή και την οικογένειά του και απαιτεί συνεχείς

προσαρμοστικές προσπάθειες. Η μορφή της ποικίλλει τόσο στη βάση των χαρακτηριστικών του ασθενή, από το εάν, για παράδειγμα, τηρεί τις ιατρικές οδηγίες, εάν έχει μεταβάλλει τις συνήθειες της ζωής του κ.λπ., όσο και στη βάση των χαρακτηριστικών της ασθένειας. Κάποιες ασθένειες έχουν ταχύτατη εξέλιξη (π.χ. κάποιες μορφές καρκίνου), άλλες χαρακτηρίζονται από προοδευτική επιδείνωση της κατάστασης του ασθενή (π.χ. είδη άνοιας), άλλες συνοδεύονται από υποτροπές, υφέσεις και εξάρσεις (π.χ. καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος), ενώ άλλες έχουν πιο ήπια εξέλιξη, εάν εξελιχθούν κατάλληλα (π.χ. η υπέρταση). Σε κάθε περίπτωση, οι ασθενείς μαθαίνουν να ζουν με την ασθένειά τους, η οποία καθίσταται πλέον το τμήμα της ζωής και της λειτουργίας τους.

Η φάση της ανάρρωσης και της αποθεραπείας προκαλεί, βέβαια, θετικά συναισθήματα και ανακούφιση. Πολλά όμως άτομα, ακόμα και στην περίπτωση της αποθεραπείας, εξακολουθούν να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμό και φόβο.

Στις περιπτώσεις που η τελική φάση οδηγεί στο θάνατο, τόσο οι στόχοι των όποιων παρεμβάσεων όσο και οι ανιδράσεις ασθενών και οικείων αλλάζουν. Ο θάνατος και η απειλή του θανάτου είναι ένα ζήτημα που αναπόφευκτα σχετίζεται με τις χρόνιες και απειλητικές ασθένειες (Καραδήμας, 2005).

1.2 Αντιδράσεις των ατόμων που διαγιγνώσκονται με χρόνια ασθένεια

Κάθε αρρώστια έχει τις ιδιαιτεότητές της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο κάθε άτομο και οικογένεια. Οι αντιδράσεις ποικίλουν και εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων. Οι σημαντικότεροι μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες: α) τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την αρρώστια (φύση, σοβαρότητα, προβλεψιμότητα της πορείας, είδος θεραπείας), β) τους παράγοντες που συνδέονται με την χρονική στιγμή που εμφανίζεται η αρρώστια (εφηβεία, μέση ηλικία, τρίτη ηλικία και γ) τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (ηλικία, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, προσωπικότητα και κοινωνική υποστήριξη). Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και καθορίζουν την προσαρμογή του ατόμου στη χρόνια ασθένεια (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Σύμφωνα με τον Shontz (1975) το άτομο μετά την διάγνωση της χρόνιας ασθένειας περνά μια διαδικασία η οποία περιλαμβάνει τρία στάδια. Ο Shontz περιέγραψε τις αντιδράσεις υπό τη μορφή μιας διαδοχής: (α) Αρχικό σοκ, όπου το άτομο νιώθει κεραυνοβολημένο, συμπεριφέρεται κατά τρόπο αυτόματο και αισθάνεται σαν να είναι έξω από την πραγματικότητα, ως ένας παρατηρητής. Το σοκ μπορεί να διαρκέσει μερικές μέρες ή και για βδομάδες και είναι μάλλον πιο έντονο, όταν η κατάσταση αναπτύσσεται απροειδοποίητα. (β) Αντιπαράθεση, που χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της σκέψης και μια αίσθηση απώλειας, πένθος και απελπισία. (γ) Υποχώρηση, κατά την οποία το άτομο τείνει να χρησιμοποιεί την αποφυγή και την άρνηση, για να διαχειριστεί την πραγματικότητα, η οποία όμως βαθμηδόν “εγκαθίσταται” στη ζωή του ατόμου και την μεταβάλλει. Σταδιακά, λοιπόν, το άτομο αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει και αρχίζει να προσαρμόζεται. Αν και δεν είναι απαραίτητο να αντιδρούν όλα τα άτομα κατά τον τρόπο που περιέγραψε ο Shontz, αυτό φαίνεται να ισχύει για τους περισσότερους (Καραδήμας, 2005).

Τα άτομα θα πρέπει να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν ζητήματα που σχετίζονται με την ασθένεια και τη θεραπεία (π.χ. συμπτώματα, πιθανούς περιορισμούς, ιατρικές διαδικασίες, σχέσεις με ειδικούς), καθώς και ζητήματα που σχετίζονται με τη γενικότερη λειτουργικότητά τους (αρνητικά συναισθήματα, φόβος για το μέλλον, αυτό-εικόνα, σχέσεις με τους άλλους). Αν και τα παραπάνω αποτελούν πολύ δύσκολα στη διαχείρισή τους ζητήματα, πολλοί, αν όχι οι περισσότεροι άνθρωποι, τα καταφέρνουν λίγο ως πολύ καλά.

Συμπερασματικά η διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας μπορεί να οδηγήσει τον άρρωστο σε κρίση. Η κρίση λοιπόν που βιώνει το άτομο είναι μια μεταβατική περίοδος, όπου η βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου απειλείται ή διαταράσσεται προσωρινά. Η κρίση δεν οφείλεται σε ένα εξωτερικό γεγονός, αλλά στην ερμηνεία που αποδίδει το άτομο στο γεγονός το οποίο γίνεται αντιληπτό ως απειλητικό, ενώ ταυτόχρονα υπερβαίνει τα αποθέματα που το άτομο διαθέτει για να αντιμετωπίσει (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

1.3 Χρόνια ασθένεια και προσαρμογή

Οι απαιτούμενες προσαρμογές στη χρόνια ασθένεια και η αυστηρή τήρηση κανόνων είναι αναπόφευκτες στη διάρκεια της έκβασής της. Τα άτομα αυτά πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα όπως πόνο, αδυναμία, παρενέργειες τις φαρμακευτικής αγωγής, λειτουργικότητα, νέους φόβους τους π.χ. για την εξέλιξη της ασθένειάς τους, το μέλλον κ.ά. Η προσαρμογή λοιπόν, επηρεάζει σύμφωνα με τους Stewart, Ross και Hartley (2004) τις εξής περιοχές: τη βιολογική(κόπωση, παρενέργειες αγωγής, λειτουργικότητα, προσαρμογή στην εξέλιξη), την κοινωνική(απομόνωση, στίγμα, σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και το προσωπικό υγείας), τη συναισθηματική (αυτο-εικόνα, οικονομικά ζητήματα, επαναπροσδιορισμός στόχων και προσδοκιών επαναξιολόγηση των αξιών, εύρεση νοήματος στην όλη εμπειρία) και τη συμπεριφορά (έλεγχος υγείας, τήρηση ιατρικών οδηγιών κτλ.). Επιπροσθέτως, οι χρόνια ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα και ζητήματα επαγγελματικής υφής. Μέσα από την εργασία το άτομο μπορεί να επιτύχει την κοινωνική και οικονομική του καταξίωση. Αίφνης προβάλλει η ανάγκη ενός πιθανού επαγγελματικού αποπροσανατολισμού, η απειλή απόλυσης εξαιτίας μειωμένων δυνατοτήτων, η υποχρεωτική συνταξιοδότηση, με αποτέλεσμα να καθιστά το άτομο παρατηρητή και όχι πρωταγωνιστή της ζωής.

Επίσης, προβάλλουν θέματα που αφορούν τις αλλαγές στην εικόνα του σώματος: νέες μειωμένες δυνατότητες και αντοχές, αίσθηση μεγαλύτερης ευπάθειας, περιορισμοί στην μετακίνηση, ύπαρξη πόνου και άλλων συμπτωμάτων, “μορφολογικές” αλλαγές είτε εξαιτίας της ασθένειας, είτε εξαιτίας της θεραπείας (Καραδήμας, 2005).

Οι περιοχές αυτές φυσικά συνδέονται συχνά και η μία μπορεί να έχει επίδραση στην άλλη. Για παράδειγμα οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια μπορούν να συμβάλλουν στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών, ο βαθμός αυτονομίας μπορεί να καθορίσει τη συναισθηματική αντίδραση του ασθενούς της οικογένειάς του, όπως και το οικογενειακό κλίμα (Ajzen, 1999). Ακόμη προσαρμογές ή αλλαγές που πραγματοποιούνται στο επάγγελμα του ατόμου προκαλεί αναστάτωση στον πάσχοντα. Όταν ο ασθενής αποσυρθεί από την επαγγελματική του δράση, έχουμε την εμφάνιση συναισθηματικών διαταραχών. Οι κοινωνικές επαφές δυσχεραίνονται καθώς το άτομο είναι αναγκασμένο να ακολουθεί κάποιες ιατρικές οδηγίες (όπως ξεκούραση, συγκεκριμένη διατροφή, τακτή λήψη φαρμάκων). Με τον τρόπο αυτό το άτομο θέτει αυτοπεριορισμούς στις κοινωνικές του σχέσεις.

Επιπροσθέτως ,αλλαγές στην σεξουαλική έκφραση και λειτουργία επηρεάζουν τα άτομα που πάχουν από μια χρόνια ασθένεια .Το άτομο έχει να αντιμετωπίσει ειρωνικά σχόλια ή αποπομπή από κάποια συντροφιά , τα οποία δημιουργούν δυσάρεστα συναισθήματα .Ο φόβος για την απώλεια του συντρόφου είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα , έτσι όπως εκφράζεται από μια ασθενή.<<Η διατήρηση της σχέσης μου είναι το πρώτο που με απασχολεί , μόλις ξεπεραστούν τα προβλήματα υγείας >> (Μηνασίδου & Λεμονίδου,2005).

Οι προσαρμογές λοιπόν στη χρόνια ασθένεια και οι αλλαγές που φέρουν είναι ποικιλόμορφες.Λόγω της μεγάλης χρονικής διάρκειας ,το άτομο θέτει συμβιβασμούς και στρατηγικές αντιμετώπισης ,προκειμένου να αντιμετωπίσει όλες τις απειλές που δημιουργεί μια χρόνια ασθένεια (Sanderson, 2004).

2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΠΕΙΛΗΣ

Η απειλή σύμφωνα με τον Kelly ορίζεται ως επίγνωση μιας επικείμενης ευρύτατης αλλαγής στην πυρηνική δομή κάποιου. Ένας άνθρωπος νιώθει ότι απειλείται, όταν πρόκειται να συντελεστεί μια μεγάλη και δραστική αναδιοργάνωση του νοητικού συστήματος. Απειλείται από το θάνατο αν νομίζει ότι τον πλησιάζει και εάν αυτός επιφέρει δραστικές αλλαγές στις πυρηνικές νοητικές κατασκευές του εν λόγω ατόμου. Κάθε φορά που οι άνθρωποι αναλαμβάνουν κάτι καινούριο, εκτίθενται στη σύγχυση και την απειλή. Η σύγχυση μπορεί να οδηγήσει σε κάτι καινούριο ή να εξελιχθεί σε απειλή για το άτομο. Τα άτομα βιώνουν την απειλή, όταν συνειδητοποιούν ότι ο τρόπος που αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τα γεγονότα πρόκειται να επηρεαστεί δραστικά από κάποια ανακάλυψη. Αυτή είναι η στιγμή της απειλής. Η απειλή εμφανίζεται όταν βρισκόμαστε στο κατώφλι μιας βαθιάς αλλαγής του εαυτού μας (Lawrence & Oliver, 2001). Έτσι λοιπόν η απειλή αποτελεί κεντρική έννοια στο στρες.

2.1 Η αντίληψη της απειλής και των αποθεμάτων

Το στρες εμφανίζεται όταν το άτομο θεωρεί ότι οι περιστάσεις είναι φορτικές ή ότι υπερβαίνουν τα αποθέματά του και απειλούν την ευεξία του. Ο Lazarus ασχολήθηκε με τον τρόπο μέσω του οποίου αντιλαμβανόμαστε και αξιολογούμε τα γεγονότα που μας προκαλούν στρες. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι έχουμε δύο στάδια γνωστικής εκτίμησης. Ανάλογα με τα αποτελέσματα που θα φέρουν στο φως αυτές οι αξιολογήσεις, θα υπάρχει μικρότερος ή μεγαλύτερος βαθμός στρες. Στην πρωτογενή εκτίμηση, το άτομο εκτιμά αν διακυβεύεται κάτι στη συνάντηση, αν υπάρχει κάποια απειλή ή κίνδυνος. Για παράδειγμα θα σκεφτεί: <<Κυνδινεύει η προσωπική μου υγεία >>; <<Τι βαθμό απειλής ενέχει για μένα αυτή η κατάσταση;>> Οι απαντήσεις που θα δώσουμε θα εξαρτώνται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τις γενικές πεποιθήσεις, τους απώτερους σκοπούς της ζωής μας, την κλίμακα αξιών και τις δεσμεύσεις που έχουν αναληφθεί σε σχέση με τους άλλους (Lazarus, 1993).

Ένας χρήσιμος τρόπος για να ερμηνεύσουμε τις εκτιμήσεις ενός ατόμου για τη νόσο που περιγράφεται από τους Leventhal και τους συνεργάτες στη θεωρία τους για τις εσωτερικές αντιστοιχίες των νόσων. Θεωρούν ότι το περιεχόμενο της γνωστικής αναπαράστασης αποτελείται από πέντε διαστάσεις. Τα συνηθέστερα στοιχεία της

αντιπροσώπευσης των νόσων μπορούν να αναγνωριστούν με ένα απλό αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο: ταυτότητα (χαρακτηρισμός του προβλήματος και σχετιζόμενα συμπτώματα), αιτιολογικές υποθέσεις (βιολογικά, συναισθηματικά ή ψυχολογικά, περιβαλλοντικά – εξωτερικά, συνέπειες (βαρύτητα και πιθανές επιπτώσεις), χρονοδιάγραμμα (φυσική εξέλιξη) και τέλος δυνατότητα ίασης ή ελέγχου της νόσου (αξιολογήσεις για το εάν οι συμπεριφορές και στρατηγικές που εφαρμόζει θα είναι αποτελεσματικές και σε ποιο βαθμό (Weinman, Petrie, Moss-Morris, Horner, 1996).

Στη δευτερογενή εκτίμηση, το άτομο εκτιμά τι μπορεί, αν είναι δυνατόν να γίνει για να ξεπεράσει το πλήγμα, να το εμποδίσει ή να βελτιώσει τις προοπτικές για ωφέλεια. Αυτό επικεντρώνεται στον καταλληλότερο τρόπο για τη μείωση της απειλής και την επίλυση του προβλήματος. Θα αντιστοιχούσε στο ερώτημα <<τι μπορώ να κάνω ;>>, <<Τι όπλα διαθέτω για να αντιμετωπίσω μια τέτοια κατάσταση;>>. Με άλλα λόγια η δευτερογενής εκτίμηση περιλαμβάνει την αξιολόγηση των δυνατοτήτων που διαθέτει το άτομο για να αντιμετωπίσει το ενδεχόμενο πλήγμα έτσι όπως εκτιμήθηκε στο στάδιο της πρωτογενούς εκτίμησης.

Η αξιολόγηση αυτή θα επηρεαστεί από τις επιτυχίες που θα έχουμε σημειώσει σε παρόμοιες καταστάσεις, από την εμπιστοσύνη στον εαυτό μας και από το είδος των ικανοτήτων και των στρατηγικών που διαθέτουμε. Κατά την δευτερογενή εκτίμηση εστιάζουμε κυρίως σε δύο στοιχεία: στα προσωπικά εφόδια του ατόμου, και στα εξωτερικά εφόδια που μπορεί να λάβει, κυρίως από το άμεσο κοινωνικό δίκτυο.

Τα προσωπικά εφόδια μπορούν να οριστούν με πολλούς τρόπους, για παράδειγμα γνωστικές ικανότητες, προσωπικά χαρακτηριστικά, ή στοιχεία της προσωπικότητας. Το άλλο εφόδιο για το άτομο είναι η κοινωνική υποστήριξη (Lazarus, 1993).

2.2 Αντιλαμβανόμενη Απειλή –Υγεία και Ασθένεια

Η ζωή με κάποια σοβαρή ασθένεια ή τραυματισμό μπορεί να είναι απρόβλεπτη , να μην έχει καμία λογική και να είναι γεμάτη απειλές για την αυτοεικόνα και οδυνηρές απώλειες.Σαφώς μια απειλητική κατάσταση επιδρά στην υγεία και την λειτουργία , επειδή επηρεάζει βασικές ανάγκες του ατόμου ή πίστες (Beck & Clark, 1997, Taylor 1983 ,DiMatteo & Martin , 2006).

Η χρόνια ασθένεια επηρεάζει βασικές ανθρώπινες ανάγκες, όπως είναι η αυτοσυντήρηση , η κοινωνική ενσωμάτωση , η προσωπική ταυτότητα και ανάπτυξη και η κοσμοθεωρία . *Η αυτοσυντήρηση*: ορίζεται ως μια αίσθηση ασφάλειας και φυσικής ακεραιότητας ή ως θέληση για επιβίωση .*Η κοινωνική ενσωμάτωση* :αναφέρεται στη σημασία των άλλων και στην κοινωνική θέση του ατόμου, *η προσωπική ταυτότητα και ανάπτυξη* :αναφέρεται στις αντιλήψεις σχετικά με τις προσωπικές ικανότητες , τα χαρακτηριστικά και το αναπτυξιακό δυναμικό και τέλος *η θετική κοσμοθεωρία*:αντανακλά τις υποθέσεις που σχετίζονται με την πραγματικότητα και τον κόσμο, εμποτίζει τη ζωή με τάξη, νόημα και διάρκεια και υπόσχεται προστασία (Karademas ,Bakouli ,Bastounis, Kallergi ,Tamtami , Theofilou,2008).

Ο Maslow ήταν ο πρώτος που υποστήριξε ότι οι άνθρωποι έχουν βασικές και γενετικές ανάγκες .Αρχικά λοιπόν ,έχουν ανάγκη για επιβίωση .Επίσης, η θεωρία διαχείρισης του τρόμου(TMT) υπογραμμίζει ότι, η αυτοσυντήρηση είναι ο βασικότερος ανθρώπινος στόχος .Οι άνθρωποι όπως και τα άλλα ζωντανά πλάσματα , διαθέτουν μια θεμελιώδη βιολογική προδιάθεση για αυτοσυντήρηση . Οι άνθρωποι , από την στιγμή που έχουν επίγνωση της ύπαρξής τους , έχουν επίσης επίγνωση του αναπόφευκτου του θανάτου.Ο θάνατος είναι η βασική απειλή για όλους τους ανθρώπους , οι οποίοι έχουν αναπτύξει πολιτισμό και αυτοεκτίμηση να ελέγχουν αυτό.Γνωρίζουν ότι μπορούν να πεθάνουν ανά πάσα στιγμή από αιτίες που δεν μπορούν να προβλεφθούν ή να ελεγχθούν κι αυτό σημαίνει ότι η ζωή μπορεί να διακοπεί απότομα (Duberstein & Masling, 2007).

Η εξάντληση και υποχρεωτική εξάρτηση απειλούν την υποκειμενική αίσθηση δύναμης και ικανότητας του ατόμου.Η αίσθηση ελκυστικότητας βλάπτεται ανεπανόρθωτα λόγω της ασθένειας ή των παρενεργειών της θεραπείας .Οι σωματικές

αλλαγές και οι παραμορφώσεις συνήθως προκαλούν τρόμο και σύγχυση, καθώς δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα του. Λόγω της εξωτερικής του εμφάνισης φοβούνται ότι οι σχέσεις με τον περίγυρο θα αλλάξουν ριζικά. Επίσης, θεωρούν ότι η μακροχρόνη νοσηλεία θα θέσει σε δοκιμασία τις συζυγικές και οικογενειακές σχέσεις (DiMatteo & Martin, 2006 & Κοκκινάκη, 2006).

Η εργασία αποτελεί ένα από τα βασικά γνωρίσματα του ανθρώπου. Πολλοί χάνουν τον κοινωνικό τους εαυτό και την αυτοεκτίμηση όταν δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα για την οικογένεια και εξαρτώνται από άλλους για τις καθημερινές τους ανάγκες. Αποτέλεσμα είναι η μείωση της αυτοεκτίμησης, και η αύξηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης. Το άτομο σταματά να κάνει όνειρα και να σχεδιάζει για το μέλλον, διότι φοβάται ότι επιθυμίες του θα μείνουν ανεκπλήρωτες.

Επίσης, ο χρόνιος πόνος απειλεί την κινητικότητα του ατόμου, με αποτέλεσμα ο ασθενής να δυσκολεύεται να πραγματοποιήσει τις καθημερινές του δραστηριότητες. Ο χρόνιος πόνος έχει επιπτώσεις στην ψυχολογική, την κοινωνική και οικονομική κατάσταση. Ο φόβος του πόνου δεν επιδεινώνει μόνο τον πόνο, αλλά μπορεί να αποδειχθεί χειρότερος και από τον ίδιο τον πόνο (Anderson & Rehm, 1984).

Χρόνιοι ασθενείς με προβλήματα στην κοινωνικότητά τους ή στην εκτέλεση συνηθισμένων δραστηριοτήτων, ανέφεραν σημαντική αντιλαμβανόμενη απειλή. Ο περιορισμός σε κοινωνικές και άλλες ευχάριστες δραστηριότητες είναι συχνό αποτέλεσμα όταν ζεις με μια χρόνια ασθένεια (Karademas, Bakouli, Bastounis, Kallergi, Tamtani, Theofilou, 2008).

Επιπλέον, η σημασία της κοσμοθεωρίας για την ανθρώπινη λειτουργία έχει τονιστεί από πολλούς ερευνητές. Η κοσμοθεωρία είναι μία απαραίτητη άποψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς που επηρεάζει την γνώση, το συναίσθημα και την ευημερία, η απειλή φαίνεται να ενεργεί σαν ένας μεσολαβητής ανάμεσα στον εαυτό και τον κόσμο (ή την κατάσταση). Τα προβλήματα που έρχονται ως αποτέλεσμα των αρνητικών καταστάσεων και που σχετίζονται με αρνητικές εκτιμήσεις, ίσως προκαλούν δράση σε μια αντίληψη της απειλής, η οποία διαδοχικά κατεθύνει συναισθηματικές διερασίες που θα μπορούσαν τελικά να επηρεάσουν την λειτουργία και την υγεία (Karademas, Bakouli, Bastounis, Kallergi, Tamtani, Theofilou, 2008 & Major, Kaiser O'Brien, McCoy, 2007).

Αυτό μπορούμε να το δούμε από το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία που είχε δημιουργηθεί από τον Becker το 1974. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, εκείνο που

άμεσα επιδρά στην απόφαση του ατόμου να ακολουθήσει μια συμπεριφορά είναι η απειλή της ασθένειας, έτσι όπως την αντιλαμβάνεται το άτομο .Η αντίληψη της απειλής αναπαριστά τις πεποιθήσεις του ατόμου για το πόσο ευάλωτο είναι. Μεγάλη ευπάθεια , σημαίνει μεγάλη απειλή.Ευπάθεια δηλαδή, ορίζεται η υποκειμενική αξιολόγηση για την πιθανότητα να προσβληθεί από την τρέχουσα απειλή.Η σοβαρότητα ορίζεται ως προς την πιθανότητα πρόκλησης πόνου , δυσφορίας και θανάτου.Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η αντίληψη κινδύνου οδηγεί στην ανάληψη κάποιας δράσης (Καραδήμας ,2005).

Γενικά, ο ασθενής νιώθει ότι χάνει την ανεξαρτησία του και αυτή η αίσθηση του αβοήθητου και η υποχρεωτική εξάρτηση τον γεμίζουν αρνητικά συναισθήματα .Ωστόσο έρευνες δείχνουν ότι η υψηλή κοινωνική στήριξη συσχετίζεται με χαμηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενης απειλής .Έτσι τα άτομα αντιλαμβάνονται τις στρεσογόνες καταστάσεις λιγότερο απειλητικές , μειώνοντας τα επίπεδα στρες και κατάθλιψης (Sarason et al ,1987 & Sherbourne et al , 1992).

2.3 Προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένεια και την αντιλαμβανόμενη απειλή

➤ Απάθεια και κατάθλιψη

Η υψηλή αντιλαμβανόμενη απειλή σχετίζεται με αντιλήψεις πιο σοβαρών συνεπειών , όπως χαμηλό προσωπικό έλεγχο και περισσότερα ψυχολογικά συμπτώματα .

Ελάχιστες μελέτες έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα από μία χρόνια ασθένεια , όπως είναι γνωστά ως <<κερδοφόρα ευρήματα >>.Οι Carver & Antoni ,(2004) θεωρούν ότι δεν είναι όλες οι συνέπειες των χρόνιων ασθενειών αρνητικές.Διαπίστωσαν ότι τα άτομα βρήκαν μεγαλύτερη αξία στις κοντινές σχέσεις , μεγαλύτερο νόημα στις καθημερινές δραστηριότητες και μεγαλύτερη ευσπλαχνία προς άλλους που αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους δυσκολίες.

Οι αλλαγές που το άτομο βιώνει μαζί με τις συναισθηματικές απαιτήσεις της ενσώματωσης σε μια καινούρια κατάσταση προκαλεί αυξανόμενο κίνδυνο στη ρύθμιση και στις συναισθηματικές διαταραχές.Οι εργασίες που το άτομο ολοκλήρωνε φυσιολογικά γύρω από το σπίτι , αλλά τώρα πια δεν μπορεί να τα καταφέρει , και υποτίθονται ως δεδομένα από ένα σύζυγο ή από ένα άλλο οικογενειακό μέλος ,δημιουργεί αισθήματα ενοχής , ανεπάρκειας ,αισθήματα πίεσης και προσβολής από την πλευρά των ασθενών (Petrie & Reynolds, 2009).

Συναισθήματα απόγνωσης και θλίψης δεν είναι ασυνήθιστα στους χρόνιους ασθενείς .Αν η στρεσογόνο κατάσταση συνεχιστεί και το άτομο δεν είναι δυνατό να ανταπεξέλθει η απάθεια μεταβάλλεται σε κατάθλιψη.Έτσι η κατάθλιψη εμφανίζεται ως αντίδραση σε μια απώλεια .Ο χρόνιος ασθενής αντιμετωπίζει πολλές απώλειες :απώλεια ελευθερίας και ανεξαρτησίας , προσωπική διάλυση λόγω των περιορισμών , διαιτητικοί περιορισμοί , απώλεια οικονομικής ασφάλειας , ανικανότητα να είναι πλήρως απασχολημένος , απώλεια σεξουαλικής δύναμης , που ουσιαστικά είναι απειλή του γάμου τους και κυρίως απειλή του αρσενικού ρόλου ως κυρίαρχο μέσα στο γάμο.Μία γυναίκα στα μέσα της δεκαετίας του 30 , με ασθένεια του cushing που είχε ήδη διάρκεια πάνω από δέκα χρόνια ανέπτυξε μία βαθιά κατάθλιψη .Είναι φανερό ότι αυτή είχε αισθήματα απώλειας και δυσαρέσκειας σχετικά με την αλλαγή

της εικόνας του σώματος και την απώλεια της θυληκότητάς της. Επιπλέον, η ανικανότητά της να εκτελέσει τα οικιακά της λόγω ληθαργίας, η φροντίδα για τα παιδιά της και τον να μην είναι επαρκής σεξουαλικός συνεργάτης προστέθηκαν στην κατάθλιψή της (Chron, 1972). Σε γενικές γραμμές οι χρόνια ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη αντιμετωπίζουν τα εξής συμπτώματα: Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα. Απώλεια των δυνάμεων και της ενεργητικότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη νιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος όλη την ώρα. Επιπλέον τα άτομα αντιμετωπίζουν δυσκολία στον ύπνο και διαταραχές στην όρεξη. Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους. Σε μια μικρή ομάδα ασθενών προκαλείται το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή υπερφαγία. Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις. Διακατέχεται από ιδέες ενοχής, αυτομομφής και αναξιότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη τυπικά πιστεύει ότι ο ίδιος φταίει για την τροπή που έχει πάρει η ζωή του. Νιώθει ότι η κατάσταση που περνάει είναι σαν ένα είδος τιμωρίας για πράγματα που έκανε στο παρελθόν. Μπορεί να νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτε σαν άνθρωπος, ότι είναι ένα μηδενικό. Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη. Ανησυχία και απαισιοδοξία είναι τα βασικά χαρακτηριστικά για το μέλλον. Ο ασθενής με κατάθλιψη χρωματίζει το μέλλον του με μαύρα χρώματα. Πιστεύει ότι πολύ δύσκολα θα αλλάξει η κατάσταση της ζωής του. Οι χρόνιοι ασθενείς που βιώνουν την απειλή πέρα από την κατάθλιψη, εμφανίζουν αυξανόμενο άγχος, θυμό και επιθετικότητα και έκπτωση της νοητικής λειτουργίας.

➤ Άγχος:

Είναι μια δυσάρεστη συγκινησιακή κατάσταση φόβου ή ανησυχίας. Εμφανίζεται σε μεγάλο βαθμό όταν υπάρχει ένας αναγνωρίσιμος κίνδυνος ή απειλή ή ακόμη και όταν μια συγκινησιακή διαταραχή είναι δυσανάλογη σε σχέση με την πραγματική ένταση του κινδύνου. Είναι εμφανής ο φόβος, η ψυχική ανησυχία, η υπερεπαγρύπνιση και άλλα συμπτώματα που συνδέονται με την διαταραχή της εγρήγορσης. Το ενυπάρχον άγχος αναφέρεται σε ένα μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου, ενώ η κατάσταση άγχους σε μία παροδική

διαταραχή. Σύμφωνα με τον Albert Camus ο φόβος αποτελεί σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση των περισσότερων ερευνητών ,ένα από τα βασικά ανθρώπινα συναισθήματα και σχετίζεται κατά πολλούς με το άγχος .Η αιτία του φόβου μπορεί να εντοπιστεί από το άτομο είτε μετά από περαιτέρω σκέψη του ίδιου , είτε μετά από συζήτηση με κάποιο άλλο άτομο.Ο φόβος δημιουργείται στο άτομο , όταν αισθάνεται ότι απειλείται με οποιοδήποτε τρόπο (Sadock B. & Sadock V. , 2005).

➤ Θυμός και Επιθετικότητα

Είναι μια συγκινησιακή διέγερση που εκδηλώνεται με έντονη λεκτική και κινητική ζωηρότητα , με επιθετική μορφή που σε ορισμένες περιπτώσεις , γίνεται ανεξέλεγκτη. Δυσάρεστες ή αποτρεπτικές εμπειρίες επιτείνουν την προδιάθεση για επιθετική συμπεριφορά .Πρόκειται για την αρχή της αποστέρησης και της επιθετικότητας .Η αποστέρηση προκαλεί θυμό , ο οποίος μπορεί να εκλύσει επιθετικότητα . Το άτομο νιώθει θυμό και αναζητά ένα αντικείμενο στο οποίο να διοχετεύσει αυτά τα συναισθήματα.Πολλές φορές η επιθετικότητα μπορεί να μετατοπιστεί σε ένα αθώο άνθρωπο (Gelder et al. 2007).

➤ Έκπτωση της νοητικής λειτουργίας

Εκτός από τις συναισθηματικές ανιδράσεις οι άνθρωποι συχνά εμφανίζουν σημαντική νοητική εξασθένηση , όταν αντιμετωπίζουν απειλητικές καταστάσεις .Δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν και να οργανώσουν λογικά τη σκέψη τους .Μπορεί να διασπώνται πολύ εύκολα.Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα , τη μείωση της απόδοσής του σε ιδιαίτερα σύνθετες δοκιμασίες.Μπορούν να διασπαστούν τόσο πολύ από τις αρνητικές σκέψεις , ώστε να αγνοήσουν ή να παρανοήσουν πληροφορίες που τους παρέχονται (Atkinson et al , 2004).

2.4 Σωματικές Αποκρίσεις σε απειλητικές καταστάσεις

Πρωτοπόρος για τις αντιδράσεις του οργανισμού μπροστά στο στρες ήταν ο Hans Selye ,ο οποίος επινόησε το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής (ΓΣΠ), προκειμένου να εξηγήσει τις σωματικές αλλαγές που προκαλεί το στρες .Κάθε άτομο που αντιμετωπίζει απειλητικές καταστάσεις αντιδρά με την ίδια σωματική ενεργοποίηση , η οποία διαφοροποιείται σε *τρεις φάσεις* .Η πρώτη φάση είναι γνωστή ως *φάση συναγερμού* , συμβαίνει αμέσως μόλις το άτομο αντιληφθεί την απειλή .Το υποκείμενο τίθεται σε επιφυλακή και παρατηρείται αύξηση των ρυθμών της καρδιάς και της μυϊκής έντασης .Τότε μέσα του αναπτύσσεται μια ιδιαίτερη ενεργοποίηση που βοηθά να παλέψει τον κίνδυνο που προβλέπει .

Αν το στρεσογόνο περιστατικό συνεχίζεται και δεν μπορούμε να διατηρήσουμε αυτήν την προσπάθεια για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα , μπαίνουμε στην *φάση της αντίστασης* .Αυτή η δεύτερη φάση προϋποθέτει μια μικρότερη ενεργοποίηση , και συνεπώς , η προσπάθεια μπορεί να διαρκέσει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα , στο οποίο καταβάλλεται η προσπάθεια υπέρβασης της απειλής .Το άτομο αρχίζει να φαίνεται ευερέθιστο , να παρουσιάζει μεταπτώσεις στη συμπεριφορά του και άλλα οργανικά συμπτώματα .

Η τρίτη φάση , ή *φάση της εξάντλησης* , εκδηλώνεται , όταν ο οργανισμός ξοδεύει όλα του τα αποθέματα και σταδιακά χάνει την ενεργητικότητά του .Συνήθως , το άτομο αποσύρεται και εγκαταλείπει τον αγώνα .Παρουσιάζονται συμπτώματα κατάθλιψης , αδυναμίας , κόπωσης και απόγνωσης (Atkinson et al, 2004 & Oatley & Jenkins (2004).

Σύμφωνα με τους Ferre & Perez , (2004) θα αναφέρουμε συγκεκριμένους μηχανισμούς , μέσω των οποίων το σώμα μας αντιδρά σε απειλητικές καταστάσεις .

Το σώμα, αφού αντιληφθεί το σήμα κινδύνου ενεργοποιεί τρία συστήματα ως αντίδραση στο στρες :το *νευρικό* ,το *νευροενδοκρινικό* και το *ενδοκρινικό σύστημα* .

Το *αυτόνομο νευρικό σύστημα* είναι το πρώτο που ενεργοποιείται , σε κλάσματα δευτερολέπτου, αμέσως μόλις εντοπιστεί ο κίνδυνος .Βασικά αυτό συμβαίνει μέσω του σωματικού κλάδου , που ευθύνεται για την μυϊκή ένταση που θα κινητοποιήσει το σώμα μας , και τον συμπαθητικό κλάδο που, μέσω μιας ουσίας που αποκαλείται νοραδρεναλίνη , και που αναλαμβάνει τη μετάδοση των ηλεκτρικών ερεθισμάτων από τον ένα νευρώνα στον άλλο , θα τονώσει τα εσωτερικά όργανα προκαλώντας

αύξηση του ρυθμού της καρδιάς , διαστολή της κόρης των ματιών , ταραχή της αναπνοής και μεταξύ άλλων , αύξηση της εφίδρωσης .

Το νευροενδοκρινικό σύστημα καθυστερεί περισσότερο να ενεργοποιηθεί και ως εκ τούτου , πρέπει οι συνθήκες της απειλής να επιμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα .Η αντίδραση στο στρες προκαλεί έκκριση των επινεφριδίων , τα οποία απελευθερώνουν κάποιες ουσίες που ονομάζονται κατεχολαμίνες και βοηθούν στην αύξηση και την διατήρηση παρόμοιων συμπτωμάτων με αυτά του νευρικού άξονα .Αυτή η αντίδραση είναι η φυσιολογική βάση της αποκαλούμενης αντίδρασης αγώνα – διαφυγής , δεδομένου ότι μας προετοιμάζει για να αντιμετωπίσουμε τις περιστάσεις , είτε παλεύοντας ενάντια στις ίδιες , είτε αποσυρόμενοι και ξεφεύγοντας από τη δυσκολία .Πρόκειται για τον άξονα που μας επιτρέπει να ενεργοποιηθούμε για να πραγματοποιήσουμε τις κινητήριες δραστηριότητες που αποσκοπούν στην λύση του προβλήματος .Ο τρίτος άξονας , ο ενδοκρινικός ενεργοποιείται με αργό τρόπο και είναι ο τελευταίος που μπαίνει στο παιχνίδι .Όμως , η δράση του διατηρείται για περισσότερο χρόνο , πράγμα που σημαίνει ότι οι επιπτώσεις του στον οργανισμό θα είναι μεγαλύτερες .Η απελευθέρωση των ορμονών έχει ποικίλες επιπτώσεις στον οργανισμό.Οι σημαντικότερες είναι ψυχολογικές όπως κατάθλιψη , άγχος και συναισθήματα φόβου (Kalat 1995).

3. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Σαφώς η χρόνια ασθένεια καλύπτει μια ποικιλία διαταραχών και περιλαμβάνει οποιαδήποτε εξασθένηση σωματικής λειτουργίας για μία χρονική περίοδο. Ο χρόνια ασθενής βρίσκεται αντιμέτωπος με πάγιες συγκρούσεις, ρυθμίσεις και ψυχοκοινωνικές καταστάσεις, στις οποίες όμως πρέπει να προσαρμοστεί (Chron, 1972).

Οι συγκρούσεις και οι ανησυχίες που προκαλούνται σε κάθε ασθενή αντιμετωπίζονται μέσω διαφόρων αμυντικών μηχανισμών ασυνείδητα. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία ο Freud χρησιμοποίησε τον όρο <<μηχανισμοί άμυνας>> για να αναφερθεί στις στρατηγικές, τις οποίες οι άνθρωποι χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν το άγχος, οι οποίες είναι κυρίως ασυνείδητες. Αυτές οι εστιασμένες στο συναίσθημα στρατηγικές δεν μεταβάλλουν την στρεσογόνο κατάσταση. Απλώς αλλάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο την αντιλαμβάνεται ή τη σκέπτεται.

Μας βοηθούν να ξεπεράσουμε την κρίση, ώσπου να είμαστε σε θέση να αντιμετωπίσουμε, άμεσα, τις στρεσογόνους καταστάσεις. Οι μηχανισμοί άμυνας οδηγούν στην δυσπροσαρμογή μόνο όταν γίνονται ο κυρίαρχος τρόπος αντίδρασης στα προβλήματά μας. Μια διαφορά μεταξύ των αμυντικών μηχανισμών και των στρατηγικών αντιμετώπισης είναι ότι οι αμυντικοί μηχανισμοί είναι ασυνείδητες διεργασίες, ενώ οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι μια συνειδητή διεργασία (Lawrence & Oliver, 2001).

Αυτοί είναι:

➤ Παλινδρόμηση

Ο ασθενής αντιδρά στην απειλή της ασθένειάς του με την υιοθέτηση των προηγούμενων τρόπων συμπεριφοράς. Αν και η παλινδρόμηση έχει γενικά προσαρμοστικούς σκοπούς στην οξεία ασθένεια, είναι γενικά απροσάρμοστος στην χρόνια ασθένεια. Συνεπώς ο υπερβολικός εξαρτημένος και απαιτητικός ασθενής έχει παλινδρόμηση σε μια παιδική ηλικία ή παιδιάστικη μορφή συμπεριφοράς, κατά την οποία οι ανάγκες για προσοχή και αγάπη απαιτούν άμεση ικανοποίηση. Η ανάγκη να τον φροντίζουν και η ευκαιρία να σταματά τις ενήλικες ευθύνες είναι εναλλακτικές προσπάθειες των χρόνιων ασθενών.

➤ Άρνηση

Ο ασθενής αρνείται ότι υπάρχει η δυσάρεστη πραγματικότητα .Επειδή δεν μπορεί να αντέξει τον πόνο που θα προκαλέσει η αποδοχή της πραγματικότητας καταφεύγει στην άρνηση.Σε περιόδους σοβαρής κρίσης , η άρνηση μπορεί να δώσει στο άτομο χρόνο να αντιμετωπίσει τα ζοφερά γεγονότα με σταδιακό ρυθμό .Για παράδειγμα οι άνθρωποι με εγκεφαλικά επεισόδια μπορεί να παραιτούνταν πλήρως αν είχαν πλήρη επίγνωση της σοβαρότητας της κατάστασής τους .Η ελπίδα τους δίνει κίνητρο να συνεχίσουν να προσπαθούν .Ετσι , η άρνηση σαφώς βοηθά στην προσαρμογή.Από την άλλη μεριά , οι αρνητικές πλευρές της άρνησης γίνονται εμφανείς , όταν οι ασθενείς αναβάλλουν για παράδειγμα την επίσκεψή τους στον γιατρό.Με τον τρόπο αυτό όμως , η ασθένεια μπορεί να προχωρήσει και να απειλήσει την ζωή τους (Atkinson et al, 2004).

➤ Διανοητικοποίηση

Ο ασθενής υιοθετεί μια υπερβολικά διανοητική προσέγγιση της ασθένειάς του , προκειμένου να νικήσει την ανησυχία του .Εδώ ο ασθενής είναι σαν να λέει<<Εάν γνωρίζω αρκετά σχετικά με την ασθένειά μου, τότε δεν υπάρχει>>.Ο ασθενής που διαβάξει συνεχώς για την ασθένειά του και θεωρεί πώς είναι απαραίτητο να έχει περισσότερη γνώση σε σχέση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ,τον βοηθά να διαχειρίζεται ευκολότερα τις συγκρούσεις του (Chron ,1972).

➤ Προβολή

Μας προστατεύει από το να αναγνωρίσουμε τις δικές μας ανεπιθύμητες ιδιότητες ,αποδίδοντάς τις , καθ' υπερβολήν σε άλλους ανθρώπους ή ακόμη και στο περιβάλλον.Ο ασθενής δηλαδή κατηγορεί άλλους ή το περιβάλλον για την ασθένειά του .Είναι σαν να λέει <<Αυτοί μου το προκάλεσαν αυτό !Δεν έχει πραγματικά να κάνει τίποτα με μένα .Πραγματικά δέχομαι ότι δεν μπορώ να δεχτώ καμία ευθύνη γι'αυτά που συμβαίνουν>> (Chron ,1972).

➤ Μετάθεση

Ένα κίνητρο που δεν μπορεί να ικανοποιηθεί με μια μορφή κατευθύνεται προς ένα νέο κανάλι .Οι υποκατάστατες δραστηριότητες βοηθούν να μειωθεί η ένταση , όταν εμποδίζεται μια βασική ενόρμηση .Για παράδειγμα η φροντίδα των άλλων ή η αναζήτηση συντροφιάς , βοηθά στην μείωση της έντασης που συνδέεται με την ασθένεια (Atkinson et al, 2004).

4.ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ –COPING

Οι αυξανόμενες απαιτήσεις μίας χρόνιας ασθένειας απαιτούν την εκμάθηση νέων ικανοτήτων και ρυθμίσεων στο καθημερινό τρόπο ζωής .Οι ασθενείς έχουν ανάγκη να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα της κατάστασής τους και τις απαιτήσεις της ιατρικής θεραπείας .Μαθαίνουν καινούριες τεχνικές για να διαχειρίζονται τα συμπτώματα ή την θεραπεία και να αντιμετωπίζουν έτσι , την διάσπαση του καθημερινού τρόπου ζωής και από τα συμπτώματα και από την θεραπεία (Petrie & Reynolds, 2009).

Ο όρος διαχείριση ή αντιμετώπιση της νόσου αναφέρεται λοιπόν, στις προσπάθειες μείωσης του χάσματος ανάμεσα στις απαιτήσεις και τα εφόδια .Η διαχείριση περιγράφεται σύμφωνα με τους στόχους , τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των στόχων και ανάλογα με το συνολικό τρόπο αντιμετώπισης που υιοθετείται.Ο Lazarus και ο Folkman (1984), με το συναλλακτικό τους μοντέλο άσκησαν την μεγαλύτερη επίδραση στη τρέχων αντίληψη του coping των χρόνιων ασθενειών.Αυτό το μοντέλο βλέπει τις αποκρίσεις αντιμετώπισης των ασθενειών που καθορίζονται και από την αποτίμηση του βαθμού της απειλής από μια ασθένεια και από τις πηγές που είναι διαθέσιμες , ώστε να βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν την κατάσταση.Οι αποκρίσεις αντιμετώπισης σε αυτό το μοντέλο διαίρουνται σε στρατηγικές που εστιάζονται στο πρόβλημα πχ στην τροποποίηση των απαιτήσεων της κατάστασης και σε στρατηγικές που εστιάζονται στο συναίσθημα, πχ στην τροποποίηση των συναισθημάτων του ατόμου για μία κατάσταση (Petrie & Reynolds, 2009).

Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους προσπαθούμε να αντιμετωπίσουμε τα αρνητικά συναισθήματά μας .Ερευνητές χώρισαν τους τρόπους αυτούς σε συμπεριφορικές και γνωστικές στρατηγικές .Οι *συμπεριφορικές στρατηγικές* μπορεί να περιλαμβάνουν αλλαγές στον τρόπο ζωής , όπως περισσότερη άσκηση ή υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών.Η κοινωνική αντιμετώπιση είναι μια ειδική μορφή συμπεριφορικού χειρισμού και μπορεί να περιλαμβάνει αύξηση των επαφών ή αποδοχή βοήθειας από επαγγελματικές υπηρεσίες .

Οι *γνωστικές στρατηγικές* συμπεριλαμβάνουν την προσωρινή εγκατάλειψη του προβλήματος (<<Αποφάσισα πως δεν αξίζει να ανησυχώ>>) και τη μείωση της

απειλής με την αλλαγή του νοήματος της κατάστασης (<<Αποφάσισα πως η ασθένεια δεν είναι τόσο σοβαρή για μένα >>).

Σε γενικές γραμμές οι γνωσιακές τεχνικές αντιμετώπισης συμπεριλαμβάνουν την αναζήτηση πληροφοριών , τον μετριασμό των τόνων ή την υιοθέτηση μιας προκλητικής ή αισιόδοξης συμπεριφοράς .Η αισιόδοξία βοηθά τους ανθρώπους να ανεχθούν τις δυσάρεστες θεραπείες και μια θετική διάθεση μπορεί να βοηθήσει την ικανότητα του σώματος να αντισταθεί στην ασθένεια .Με ψυχοδυναμικούς ρόλους , οι δύο συχνότερα χρησιμοποιούμενες τεχνικές είναι πιθανότατα η άρνηση και η παλινδρόμηση.

Φυσικά , θα περίμενε κανείς ότι ορισμένες στρατηγικές συμπεριφορές και ορισμένες γνωστικές στρατηγικές θα είναι αποτελεσματικές , ενώ άλλες (όπως η μεγάλη κατανάλωση οιοπνευματωδών)θα προκαλούν , απλώς , περισσότερο στρες .Στην καθημερινή πρακτική όμως οι τεχνικές αυτές αλληλοεπικαλύπτονται.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες διακρίνονται από άλλους ερευνητές σε διαφορετικές ομάδες , που αναφέρονται ουσιαστικά σε παρόμοιες διαδικασίες .Οι Herman & McHale (1993) κάνουν λόγο για δεσμευτική (προσεγγιστική) αντιμετώπιση και (αποφευκτική) αντιμετώπιση ,ενώ οι Billings και Moos (1981) διακρίνουν μεταξύ ενεργητικών και παθητικών στρατηγικών αντιμετώπισης . Και στις δύο αυτές περιπτώσεις , η πρώτη ομάδα στρατηγικών αναφέρεται στις προσπάθειες διευθέτησης του προβλήματος , ενώ η δεύτερη στη ρύθμιση του συναισθήματος (Καραδήμας , 2005).

Ενώ φαίνεται ότι κάθε άνθρωπος έχει ένα συγκεκριμένο τρόπο διαχείρισης της κατάστασης και ενώ είναι πιθανό να έχουμε υπ' όψιν ορισμένα κλασικά παραδείγματα από την προσωπική μας εμπειρία , στην πραγματικότητα οι περισσότεροι άνθρωποι δεν έχουν αρκετά σταθερό ρεπερτόριο τεχνικών αντιμετώπισης , ώστε να μπορεί να τους αποδοθεί η ετικέτα ενός συγκεκριμένου τύπου (Ferre & Perez , 2004).

4.1 Αντιμετώπιση με εστίαση στο πρόβλημα

Στις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων συμπεριλαμβάνεται ο ορισμός του προβλήματος, η παραγωγή εναλλακτικών λύσεων, ο υπολογισμός των εναλλακτικών λύσεων ως προς το κόστος και το κέρδος, η επιλογή της λύσης και η υλοποίηση της επιλεγμένης λύσης. Οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα μπορούν επίσης να στρέφονται προς τα μέσα: το άτομο μπορεί να αλλάξει κάτι στον εαυτό του αντί για το περιβάλλον. Η αλλαγή επιπέδου προσδοκιών, η εξεύρεση εναλλακτικών μέσων ικανοποίησης και η εκμάθηση νέων δεξιοτήτων είναι παραδείγματα στρατηγικών που απευθύνονται προς τα μέσα. Πόσο δεξιοτεχνικά χρησιμοποιεί το άτομο αυτές τις στρατηγικές εξαρτάται από το εύρος των εμπειριών του και την ικανότητα αυτοελέγχου (Ferre & Perez, 2004).

Ένας τρόπος διαχείρισης της ασθένειας είναι η απόκτηση γνώσεων. Οι ασθενείς προσπαθούν να συλλέξουν πληροφορίες από το ιατρικό προσωπικό, από συγγενείς, φίλους, ώστε να γνωρίσουν τη φύση της ασθένειας και της θεραπείας, με σκοπό τον έλεγχο της. Σε μία έρευνα που συμμετείχαν γυναίκες, οι οποίες βρίσκονταν στο πρώτο και δεύτερο στάδιο καρκίνου του μαστού εστιάστηκαν στην αναζήτηση πληροφοριών όσον αφορά την διάγνωση, την θεραπεία και την πρόγνωση. Διαπιστώθηκε λοιπόν, ότι οι ασθενείς που προτίμησαν έναν ενεργητικό ρόλο στις θεραπευτικές διαδικασίες είχαν καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά την εξέλιξη της ασθένειας σε σχέση με τους παθητικούς ασθενείς (Hack, Degner & Dyck, 1994).

Η τήρηση των ιατρικών οδηγιών αποτελεί μια στρατηγική διαχείρισης της ασθένειας εστιασμένη στο πρόβλημα. Σαφώς η τήρηση των ιατρικών οδηγιών αποτελεί σημαντικότερο στόχο της όλης θεραπευτικής διαδικασίας. Η τήρηση των οδηγιών αναφέρεται κυρίως στην αλλαγή των επικίνδυνων συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία (κάπνισμα, διατροφή) καθώς και στην χρήση της φαρμακευτικής αγωγής (κατάλληλη δοσολογία, τρόπος λήψης, πρόωρη διακοπή της θεραπείας).

Αν και οι περισσότεροι άνθρωποι τείνουν να μην τηρούν απολύτως ευλαβικά τις ιατρικές οδηγίες που λαμβάνουν, το ποσοστό αυτό τείνει να ποικίλει ως αποτέλεσμα δεκάδων δρώντων παραγόντων. Ορισμένοι άνθρωποι δεν συμμορφώνονται γιατί δεν κατανοούν ή ξεχνούν τις ιατρικές οδηγίες, άλλοι γιατί δεν είναι ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας και αντιτίθενται στο προσωπικό, παραβιάζοντας τους κανόνες. Για μερικούς ασθενείς είναι μια μορφή άρνησης <<Εγώ δεν είμαι πραγματικά

άρρωστος ,γιατί να πάρω φάρμακα>> ;Για άλλους είναι μια μορφή ανεξαρτησίας , οστόσο υπερβολική και ακατάλληλη .<<Δεν θα μου πουν οι γιατροί τι θα κάνω >> (Chron, 1972).

Οι προσωπικές πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με το πόσο ευάλωτο θεωρεί τον εαυτό του , πόσο σοβαρή αξιολογεί την ασθένειά του , πόσο σημαντική αξιολογεί την αγωγή και ποιες είναι οι επιδράσεις στην ζωή του , αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που προσδιορίζουν τον βαθμό συμμόρφωσης στην ζωή τους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος ,1995).

Ο Sarafino (1999) υποστηρίζει ότι η μη τήρηση των ιατρικών οδηγιών μπορεί ορισμένες φορές να στηρίζεται σε μια ενσυνείδητη απόφαση του ατόμου , η οποία ακολουθεί μια συστηματική επεξεργασία σκέψεων , επιθυμιών και γεγονότων και είναι ανεξάρτητη από το τι θα ωφελούσε το άτομο σε ιατρικό επίπεδο.Για παράδειγμα ,ένα άτομο μπορεί να διακόψει την θεραπεία του , αν κρίνει ότι είναι αναποτελεσματική ή άσκοπη , εάν κρίνει τις παρενέργειες ως εξαιρετικά αρνητικές ή αν δεν επιθυμεί πλέον την συνέχιση της θεραπείας (Καραδήμας ,2005).

Τέλος , οι ασθενείς προσπαθούν εστιαζόμενοι στο πρόβλημα να δώσουν ένα νόημα στην χρόνια ασθένεια .Ο ασθενής καλείται να δώσει ένα νόημα στο γεγονός , να αναζητήσει λύσεις για τα προβλήματα που ανακύπτουν , να επαναπροσδιορίσει τους στόχους του .Σκοπός των ασθενών είναι να δίνουν νόημα στην εμπειρία που βιώνουν αλλά και σε όλη τους την ζωή.Η διαδικασία στη νοηματοδότηση μιας ασθένειας αλλάζει τους ρόλους , τις αντιλήψεις τις αξίες και τις προτεραιότητες του ασθενή .Από πολλούς ερευνητές η διαδικασία της νοηματοδότησης στην ασθένεια είναι πρωταρχική διαδικασία για την προσαρμογή.Η ασθένεια τους οδηγεί στο να πιστέψουν περισσότερο στην ποιότητα της ζωής , την αξία της θρησκείας ,της οικογένειας και της φιλίας .Ο εστιασμός λοιπόν, στα θετικά συναισθήματα από τη νοηματοδότηση της ασθένειας σαφώς βοηθά στην αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενών (Friedman et al, 1992 & Thorne, 1999).

4.2 Αντιμετώπιση με εστίαση στο συναίσθημα

Οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους εστιάζοντας στο συναίσθημα , ώστε να μην κατακλυσθούν από τα αρνητικά συναισθήματα σε σημείο που να μην είναι σε θέση να λάβουν μέτρα για την λύση των προβλημάτων τους .Επίσης εστιάζουν στο συναίσθημα όταν τα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν είναι εκτός ελέγχου (Ferre & Perez, 2004).

Η αποφυγή και η ευχολογία αποτελούν δύο στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας .Η προσπάθεια εξαφάνισης ενός γεγονότος και η μη ρεαλιστική αισιοδοξία εμποδίζει το άτομο να αποδεχτεί την κατάσταση και να θέσει ρεαλιστικούς στόχους .Η αυξημένη χρήση της στρατηγικής αυτής οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης με επιπρόσθετες αρνητικές συνέπειες για τον ασθενή.

Στην κατάσταση αποφυγής ο ασθενής αποσπά την προσοχή του από το στρεσογόνο γεγονός της χρόνιας ασθένειας με το να ακούει μουσική ,να ονειροπολεί , να περιβάλλει τον εαυτό του με ωραία πράγματα.Στην στρατηγική της ευχολογίας ο ασθενής εύχεται να ξεπεραστεί η δύσκολη κατάσταση και να μην επανεμφανιστεί .Η ευχολογία έχει βρεθεί ότι επηρεάζει αρνητικά τόσο την ίδια την ασθένεια όσο και την ψυχική και σωματική υγεία (Felton, Revenson , Hinrichsen ,1984).

Επιπλέον,η κοινωνική υποστήριξη , συμπεριλαμβάνεται στις στρατηγικές διαχείρισης του συναίσθηματος .Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στην προσφερόμενη φροντίδα , σεβασμό ή βοήθεια ,που το άτομο αντιλαμβάνεται πως λαμβάνει από διάφορες πηγές όπως η οικογένεια , οι συνάδελφοι , οι φίλοι οι ειδικοί ψυχικής και σωματικής υγείας (Sarason I., Sarason B., Shearin & Pierce, 1987).Στους ασθενείς η κοινωνική υποστήριξη δημιουργεί γρηγορότερη ανάρρωση, λιγότερες ιατρικές θεραπείες, λιγότερη ψυχική καταπόνηση, λιγότερους κραδασμούς και κατά συνέπεια προσφέρει αυταξία και ευεξία (Wallston, Alagna, DeVellis, DeVellis 1993 & Sherbourne, Meredith, Rogers, Ware, 1992).

Ωστόσο , έρευνες έχουν δείξει ότι η κοινωνική υποστήριξη σε κάποια άτομα λειτουργεί αρνητικά .Μπορεί να τα κάνουν πιο ευάλωτα συναισθηματικά να δημιουργήσουν στρες και να έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην ψυχική και σωματική τους υγεία (Burman & Margolin, 1992).

4.3 Κριτήρια επιλογής των στρατηγικών αντιμετώπισης

Η αξιολόγηση των στρεσογόνων καταστάσεων και η συνακόλουθη αντιμετώπισή της ρυθμίζεται από πολλούς ενδιάμεσους ρυθμιστικούς παράγοντες, οι οποίοι ευθύνονται εν πολλοίς για πολλές από τις διατομικές διαφορές που παρατηρούμε στην διεργασία τους στρες. Ο Lazarus και οι συνεργάτες του στη θεωρία τους περί στρες θεωρούν όλους αυτούς τους παράγοντες ως αναπόσπαστους από την διαδικασία αξιολόγησης, επιλογής και εφαρμογής των στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες. Οι μεταβλητές αυτές θεωρείται ότι υπεισέρχονται, ρυθμίζουν την σχέση στρες – υγεία και ονομάζονται ρυθμιστικές μεταβλητές ή παράγοντες (Καραδήμας, 2005).

Πρώτα από όλα ατομικοί παράγοντες προσδιορίζουν εάν ένα γεγονός θα κριθεί επικίνδυνο, απειλητικό ή προκλητικό. Οι ατομικοί παράγοντες είναι πολλοί. Ξεχωρίζουν δύο: είναι τα κίνητρα και οι πεποιθήσεις περί προσωπικού ελέγχου. Τα κίνητρα που προσφέρονται σε ένα άτομο, για να εμπλακεί σε μία κατάσταση ή ο βαθμός της δέσμευσής του σε αυτή, καθορίζουν τον βαθμό δυσφορίας που το άτομο θα νιώσει. Εάν υπάρχει ισχυρό κίνητρο ή σημαντική δέσμευση, η κατάσταση θα κριθεί ως στρεσογόνος (Lazarus & Folkman, 1984). Στο βαθμό που οι άνθρωποι διαφέρουν ως προς τα κίνητρα και τις δεσμεύσεις τους, διαφέρουν και ως προς το τι θεωρούν στρεσογόνο και σε ποιο βαθμό. Επίσης, οι άνθρωποι διαφέρουν και ως προς τις πεποιθήσεις τους για τον βαθμό ελέγχου που θεωρούν ότι ασκούν στον κόσμο και τη μοίρα τους, γεγονός που επιδρά στην αξιολόγηση των γεγονότων, αλλά και στις επιλεγόμενες μεθόδους αντίδρασης. Ο Averill (1973) διέκρινε μεταξύ ελέγχου ως προς το επίπεδο συμπεριφοράς, ελέγχου ως προς το γνωστικό επίπεδο και ελέγχου στο επίπεδο των αποφάσεων. Το πρώτο είδος ελέγχου αναφέρεται στη δυνατότητα μιας αντίδρασης, που μπορεί να επηρεάσει ή να τροποποιήσει τα χαρακτηριστικά του στρεσογόνου γεγονότος. Το δεύτερο αναφέρεται σε μια διαδικασία χρήσης των πληροφοριών κατά τέτοιο τρόπο, ώστε η απειλητική κατάσταση να γίνει λιγότερο στρεσογόνος, ενώ το τρίτο είδος αφορά τη δυνατότητα για επιλογή μεταξύ διαφόρων τρόπων δράσης. Ποικίλες έρευνες έχουν δείξει ότι όσο αυξάνει η πεποίθηση του ατόμου ότι ασκεί κάποιο είδος ελέγχου στο περιβάλλον του, τόσο περισσότερα μπορεί να αντέξει διάφορα στρεσογόνα ερεθίσματα (Καραδήμας, 2005).

Συναφείς με τις πεποιθήσεις περί ασκήσεως ελέγχου είναι και οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας. Κατά τον Bandura (1982) οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας ανφέρονται σε αξιολογήσεις που κάνει το άτομο, για το

πόσο καλά μπορεί να εκτελέσει μια πράξη που απαιτείται , προκειμένου να αντιμετωπίσει μελλοντικές καταστάσεις .Οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας είναι οι πεποιθήσεις του ατόμου ότι έχει την ικανότητα να συμπεριφέρεται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να παράγεται το επιθυμητό αποτέλεσμα .Ισχυρή θετική αντίληψη ενός ατόμου για την αυτεπάρκειά του κάνει καλό στην υγεία.Αντιστρόφως , αδύναμη και αρνητική αντίληψη για την αυτεπάρκειά του κάνει κακό στην υγεία .Η αντίληψη για την αυτεπάρκεια μας επηρεάζει τη διεργασία της ανάρρωσης από τη νόσο. Έχει βρεθεί ότι η αντίληψη για υψηλή αυτεπάρκεια αποσβένει την επίδραση του στρες και ενισχύει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος (O'Leary, 1992).

Ακόμη η Kobasa υποστηρίζει πως το άτομο ανταπεξέρχεται στις εξωγενείς πιέσεις με τις μικρότερες δυνατές απώλειες , όταν έχει *υψηλή αίσθηση αντοχής* .Η αίσθηση περιλαμβάνει τρία στοιχεία :αίσθηση ελέγχου επί του περιβάλλοντος , τάση για ανάμειξη και δημιουργική ενασχόληση και δέσμευση με πράγματα ή δραστηριότητες και μία τάση για αντιμετώπιση των δυσκολιών ως πρόκληση παρά ως απειλή.Η αίσθηση της αντοχής καθιστά το άτομο πιο ανθεκτικό έναντι των δυσκολιών της ζωής και πιο υγιές (Grove & Heard, 1997 & Λεονταρή, 1998).Στην έρευνα του ο Antonovsky σύγκρινε άτομα με δυνατή αίσθηση αντοχής σε σχέση με άτομα με πιο αδύναμη αίσθηση αντοχής και βρήκε ότι η πρώτη ομάδα ατόμων αξιολογούσαν το ερέθισμα ως λιγότερο στρεσογόνο και απειλητικό.Καθόριζαν αυτό ως ήπιο και πλησίαζαν παρά απέφευγαν τις αγχωτικές καταστάσεις και επέλεγαν την πιο κατάλληλη στρατηγική αντιμετώπισης (Feldt, Leskinen , Kinnunen & Mauno, 2000).

6. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ (ΣΑΣΚ)

Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα εστιάζοντας σε αυτό σε στρεσογόνους καταστάσεις, έχουν την τάση να εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, τόσο κατά την διάρκεια όσο και μετά τη στρεσογόνο κατάσταση (Billings & Moos, 1984). Φυσικά οι άνθρωποι που νιώθουν λιγότερο κατάθλιψη αντιμετωπίζουν πιο εύκολα τα προβλήματα. Οι εστιασμένες στο πρόβλημα δυναμικό έχουν ένα μεγαλύτερο προσαρμοστικό δυναμικό (Petrie & Reynolds, 2009).

Οι στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος σχετίζονται με καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια, όπως λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα ή καλύτερη αντίληψη της προσωπικής υγείας και υψηλότερη αίσθηση ευεξίας (Buckner et al, 2005).

Η διαχείριση που εστιάζει στο συναίσθημα λειτουργεί σε γενικές γραμμές ικανοποιητικά, αλλά μόνο παροδικά. Επιλέγεται καλύτερα για βραχείες ψυχοπιεστικές καταστάσεις, όπως κάποιες δυσάρεστες ιατρικές επεμβάσεις ή για καταστάσεις στις οποίες ουσιαστικά δεν μπορεί να γίνει τίποτα για να μειωθεί το stress.

Έχει βρεθεί ότι στρατηγικές όπως η θετική επαναξιολόγηση και η επίλυση προβλήματος σχετίζονται με καλύτερη προσαρμογή σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Η χρήση ευχολογικής σκέψης και η χαμηλή χρήση στρατηγικών επίλυσης προβλήματος ή αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης έχει συσχετισθεί με λιγότερο καλή προσαρμογή σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. Παρόμοια ευρήματα βρέθηκαν σε έρευνες μεταξύ υποψηφίων για μεταμόσχευση πνεύμονος, όπως και σε ασθενείς που βρίσκονταν σε διαδικασία μεταμόσχευσης καρδιάς. Σημαντική είναι επίσης, η σχέση των ΣΑΣΚ με την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, όπως έχει φανεί από έρευνες σε διάφορες ομάδες ασθενών (Καραδήμας et al, υπό δημοσίευση).

Η χρήση περισσότερων προσπαθειών αντιμετώπισης εστιασμένων στο πρόβλημα και στο συναίσθημα συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων, ιδιαίτερα όταν τα γεγονότα γινόνταν αντιληπτά ως ελέγξιμα. Τα άτομα που ανέφεραν μεγάλα επίπεδα απειλής, έκαναν περισσότερη προσπάθεια να αντιμετωπίσουν την κατάσταση με διάφορες στρατηγικές (Carolin et al, 1987). Η αλληλεπίδραση του αντιλαμβανόμενου ελέγχου και της ποικιλίας των στρατηγικών αντιμετώπισης (είτε εστιασμένων στο πρόβλημα, είτε στο συναίσθημα) μπορούν να διευκολύνουν ή μία με την άλλη την διεργασία της αντιμετώπισης και συνεπώς την θετική προσαρμογή.

Ο Lazarus συνέδεσε το είδος των στρατηγικών που το άτομο εφαρμόζει με την κατάσταση της υγείας του .Μαζί με τον Folkman (1984) υποστήριξαν ότι το άτομο που χρησιμοποιεί στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα , εγκλωβίζεται σε ένα φαύλο κύκλο :βραχυπρόθεσμα μπορεί να μειώνεται η δυσφορία και τα συνοδά δυσάρεστα συναισθήματα , αφήνει , όμως, την πηγή των δυσάρεστων συναισθημάτων ανηπηρεάστη .Μετά από κάποιο σημείο η συνεχιζόμενη παρουσία αυτής της πηγής προκαλεί ακόμη μεγαλύτερη δυσφορία , η οποία διογκώνεται συνεχώς .Το αποτέλεσμα είναι να καταλήξει το άτομο σε μια κατάσταση αδυναμίας , που περιλαμβάνει συμπτώματα χρόνιου άγχους, κατάθλιψης και αναίτιας κόπωσης .Αντιθέτως, σύμφωνα με τους ερευνητές η χρήση στρατηγικών εστιασμένων στο πρόβλημα οδηγεί στην επίλυσή του και μακροχρόνια συμβάλλει στην διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας (Καραδήμας ,2005).

Οι Carver , Scheir , Weintraub , (1989) δημιούργησαν ένα κατάλογο τεχνικών αντιμετώπισης , προκειμένου να αξιολογήσουν τους διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης , με τους οποίους οι άνθρωποι αποκρίνονται.Εξετάσανε τεχνικές που εστιάζονται στο πρόβλημα όπως :ενεργός αντιμετώπιση , προγραμματισμός , καταστολή των ανταγωνιστικών δραστηριοτήτων , περιορισμός της αντιμετώπισης , επιδίωξη της λειτουργικής κοινωνικής υποστήριξης καθώς επίσης εξετάσανε στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα (επιδίωξη της συναισθηματικής κοινωνικής υποστήριξης , θετική ερμηνεία , αποδοχή , άρνηση , στροφή στη θρησκεία) σε μία ομάδα προπτυχιακών φοιτητών που προσπαθούσαν να αντιμετωπίσουν ένα αγχωτικό επεισόδιο.Το συμπέρασμα ήταν ότι η θετική επαναξιολόγηση , η κοινωνική υποστήριξη , η επίλυση προβλήματος , ο σχεδιασμός και η θετική ενίσχυση διευκολύνουν σε μεγάλο βαθμό την προσαρμογή του ατόμου.Ωστόσο, η άρνηση και η αποφυγή ανήκουν σε δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές .

Οι Cronkite & Moos, (1984) υποστηρίζουν ότι οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την απευθείας αντιμετώπιση της κατάστασης είναι πιο αποτελεσματικές από τις στρατηγικές αποφυγής (αποφυγή του προβλήματος με παράλληλη ρύθμιση συναισθήματος).

Δεν ξέρουμε ακριβώς την αιτιολογία μερικών ανθρώπων που χρησιμοποιούν διάφορες ακατάλληλες στρατηγικές .Υποθέτουμε πως οι άνθρωποι χρησιμοποιούν γενικευμένεςπίστες (Folkman, 1984 & Parkes, 1984).

Παρόλο αυτά υπάρχουν αποδείξεις τόσο για την σταθερότητα όσο και για μεταβλητότητα στις μεθόδους με τις οποίες οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τις πιεστικές καταστάσεις .Αν και η χρήση ορισμένων μεθόδων αντιμετώπισης φαίνεται πως επηρεάζεται από παράγοντες της προσωπικότητας , η χρήση πολλών μεθόδων αντιμετώπισης φαίνεται πως επηρεάζεται έντονα από το πλαίσιο της συγκεκριμένης περίπτωσης (Folkman , Lazarus , Gruen , & DeLongis , 1986).

Μολονότι η αξία μιας συγκεκριμένης μορφής αντιμετώπισης εξαρτάται από το πλαίσιο μέσα στο οποίο χρησιμοποιείται , γενικά η επίλυση προβλημάτων με βάση κάποιο σχέδιο είναι ένας πιο προσαρμοστικός τρόπος αντιμετώπισης από την αποφυγή-διαφυγή (ήλπιζα πως θα συνέβαινε κάποιο θαύμα , ή προσπάθησα να μειώσω την ένταση με το φαγητό) και από την αντιμετώπιση με αντιπαράθεση (Εβγαλα κάπως τα συναισθήματά μου) (Folkman , Lazarus , Gruen , & DeLongis , 1986).

Συμπερασματικά δεν μπορούμε να κατατάξουμε τις στρατηγικές ως <<καλές >> ή <<κακές>> ,εφόσον το πλαίσιο εφαρμογής αποτελεί μια δυναμική κατάσταση που συνεχώς αλλάζει .Επομένως ,ανάλογα με την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών που θα ενεργοποιήσει το άτομο για να ανταπεξέλθει στις προκλήσεις που προβάλλει η χρόνια ασθένεια ,θα καθορίσει και την ποιότητα της ζωής του .

7.ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής αντανακλά τους τρόπους με τους οποίους ένα άτομο αποδεικνύει την φυσική του ευημερία στην καθημερινή ζωή .Στην βιβλιογραφία , η ποιότητα ζωής ενός ατόμου με χρόνια ασθένεια περιγράφεται από την άποψη του πώς την αντιμετωπίζει όταν πάσχει από μία χρόνια , αβέβαιη και επιδεινωμένη κακή υγεία (Nicolson &Anderson, 2003).

Η ποιότητα της ζωής έχει πολλές συνιστώσες και περιλαμβάνει την φυσική κατάσταση, την λειτουργικότητα, την ψυχολογική κατάσταση, την κοινωνική λειτουργικότητα και την θεραπεία (Shelley ,1999).

Οι στρατηγικές είναι αποτελεσματικές όταν προωθούν την λειτουργία του αρρώστου σε βασικούς ρόλους της καθημερινής ζωής , όταν μειώνουν το άγχος και τη δυσφορία του .Από ερευνητές έχει διαπιστωθεί ότι όσο αυξάνεται η χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης και ιδιαίτερα των ενεργητικών , τόσο περισσότερο βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής των ασθενών.Η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης , η συχνότητα της χρήσης τους και η συνδιαστική τους δράση επηρεάζει την θετική διάθεση και συνεπώς την ποιότητα της ζωής (Lam & Lauder ,2000).Οι έρευνες υποστηρίζουν ότι η ενεργός και η αισιόδοξη αντιμετώπιση του προβλήματος έχει θετικές επιπτώσεις όχι μόνο στην ποιότητα ζωής αλλά και στη διάρκεια της επιβίωσης του ατόμου .Η αισιόδοξία οδηγεί στην επιμονή για τον αγώνα και ο ασθενής είναι προσανατολισμένος στο στόχο του.Έχει χαρακτηριστεί ως ο πιο δυναμικός προβλεπτικός παράγοντας της συμπεριφοράς (Magaletta & Oliver, 1999).

Τα αισιόδοξα άτομα είναι λιγότερο πιθανό να τα <<παρατήσουν >> σε μια ανήμπορη αντίδραση, όταν η κατάσταση είναι δύσκολη να διαχειριστεί (Carver ,Pozo , Harris , Norriega , Scheier ,Robinson ,Ketcham , Moffat & Clark ,1993).

Από άτομα που είχαν υποβληθεί σε εγχείριση καρδιάς διαπιστώνουμε ότι η αισιόδοξία σχετίζεται θετικά με την χρήση στρατηγικών διαχείρισης του προβλήματος .Οι ασθενείς είχαν μια θετική επίδραση στην φυσική ευεξία , στο ρυθμό ανάρρωσης , στην επιστροφή στις δραστηριότητες στην καθημερινή ζωή και στην ποιότητα της ζωής μετά την επέμβαση (Scheier, Magovern , Abbott , Matthews , Owens , Lefebvre ,Carver ,1989).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η ικανότητα του αρρώστου να διατηρεί μια αίσθηση ελπίδας και αισιόδοξίας .Όταν βιώνει μια αίσθηση αδυναμίας και ανημπορίας επηρεάζεται όχι μόνο η προσαρμογή του αλλά και η εξέλιξη της υγείας του .

8. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει τη σχέση μεταξύ της απειλής που το άτομο βιώνει από μια χρόνια ασθένεια ,των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί(Ονειροπόληση', 'Ανακούφιση', 'Αντιμετώπιση προβλημάτων', και 'Τήρηση των ιατρικών συμβουλών') καθώς επίσης και τον αντίκτυπό τους στην σωματική και ψυχική υγεία .Οι υποθέσεις που κάναμε ήταν οι εξής:

1^η υπόθεση:Η απειλή που το άτομο βιώνει από την ασθένειά του σχετίζεται θετικά με τις τεχνικές αντιμετώπισής της (coping).

2^η υπόθεση:Η σωματική και ψυχική υγεία σχετίζεται αρνητικά με την απειλή και με τις τεχνικές αντιμετώπισης της ασθένειας(coping).

3η υπόθεση:Υποθέσαμε ότι οι άντρες δεν διαφέρουν από τις γυναίκες , ως προς την σωματική υγεία , την ψυχική υγεία , την απειλή και τις τεχνικές αντιμετώπισης της ασθένειας (coping) .

9. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

9.1 Δείγμα

Η έρευνα και τα δεδομένα της βασίστηκαν σε ένα δείγμα που αποτελείται από 196 άτομα από τα οποία το 51% είναι άντρες και το 49% είναι γυναίκες. Ο πίνακας 1 παρουσιάζει την ανάλυση του δείγματος κατά ηλικιακές ομάδες. Έτσι, παρατηρείται ότι τα άτομα ηλικίας έως και 40 ετών εκπροσωπούνται κατά 4.6% (N=9) στο δείγμα, τα άτομα που ανήκουν σε ηλικιακή ομάδα από 41 έως και 50 ετών κατά 14.3% (N=28), από 51 έως 60 κατά 23% (N=45), από 61 έως 70 κατά 27.6% (N=54), από 71 έως 80 κατά 20.4% (N=40) και από 81 έως 90 κατά 10.2% (N=20).

Πίνακας1. Ομαδοποιημένη κατανομή συχνότητας των ηλικιών των συμμετεχόντων στην έρευνα

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική σχετική συχνότητα
≤40	9	4.6	4.6
41 - 50	28	14.3	18.9
51 - 60	45	23.0	41.8
61 - 70	54	27.6	69.4
71 - 80	40	20.4	89.8
81 - 90	20	10.2	100.0
Σύνολο	196	100.0	

Πίνακας 2. Επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική σχετική συχνότητα
Δημοτικό	96	49.0	49.0
Μέση εκπαίδευση	66	33.7	82.7
Ανώτερη εκπαίδευση	34	17.3	100.0
Σύνολο	196	100.0	

Ο πίνακας 2 δείχνει την ανάλυση του δείγματος κατά εκπαιδευτικό επίπεδο. Δηλαδή, οι συμμετέχοντες που έχουν τελειώσει έως και δημοτικό αντιπροσωπεύουν το 49% (N=96) του δείγματος, την μέση εκπαίδευση, το 33.7% (N=66) και τέλος την ανώτερη εκπαίδευση, το 17.3% (N=34).

9.2 Ερευνητική διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Ιανουάριο του 2010. Η μελέτη αυτή ολοκληρώθηκε σε ένα μήνα. Τα άτομα του δείγματος προέρχονται από ασθενείς του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας και από μέλη του ΚΑΠΗ Άρτας. Για την συμπλήρωση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο, απαρτιζόταν από οχτώ μέρη. Οι συμμετέχοντες φάνηκαν αρκετά δεκτικοί στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ενώ κάποιοι παρά την προθυμία τους, δεν ήταν σε θέση να το συμπληρώσουν λόγω κάποιων δυσκολιών, όπως για παράδειγμα χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, προβλήματα όρασης και για το λόγο αυτό έκανα τις ερωτήσεις, το συμπλήρωσα εγώ. Υπήρχαν βέβαια και κάποια άτομα που αρνήθηκαν να το συμπληρώσουν, λόγω διαφόρων δυσκολιών που αντιμετώπιζαν, εξαιτίας της ασθένειάς τους. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έπαιρνε περίπου 20 λεπτά. Ας σημειώσουμε ακόμα ότι πριν χορηγηθεί το κάθε ερωτηματολόγιο, διευκρινιζόταν ποιος είναι ο σκοπός της έρευνας καθώς επίσης και ότι τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα είναι εντελώς εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά για επιστημονικούς σκοπούς. Και αφού τα υποκείμενα συμφωνούσαν, προχωρούσαμε στη συμπλήρωσή τους.

9.3 Ψυχομετρικά εργαλεία

Ένα ψυχομετρικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την απειλή ήταν η κλίμακα της αντιλαμβανόμενης βασικής απειλής (Karademas et al, 2008). Χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει τις απειλές ενάντια στην αυτοσυντήρηση, την προσωπική ταυτότητα και ανάπτυξη και την προσωπική κοσμοθεωρία. Κάθε τύπος απειλής αξιολογήθηκε με δύο στοιχεία. Για παράδειγμα: Η κατάσταση της υγείας σας απειλεί την ζωή και την ασφάλεια., Η κατάσταση της υγείας σας διακινδυνεύει την κοινωνική σας θέση γενικά. Η κατάσταση της υγείας σας απειλεί τα σχέδια και τις προσδοκίες σας. Η κατάσταση της υγείας σας επηρεάζει τους τρόπους που εσείς αντιλαμβάνεστε την ύπαρξη σας στον κόσμο. (Cronbach $\alpha = .77 - .96$). Στους συμμετέχοντες ζητήθηκε να απαντήσουν χρησιμοποιώντας μία κλίμακα Likert που είχε διακύμανση από το 1 (καθόλου) μέχρι το 7 (πάρα πολύ). Τα υψηλότερα σκορ δηλώνουν υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης απειλής.

Επίσης, ένα άλλο ψυχομετρικό εργαλείο που κλήθηκαν να συμπληρώσουν οι συμμετέχοντες ήταν η Κλίμακα Αντιμετώπισης Βλαβών και Προβλημάτων Υγείας (KABPIY) των Endler et al (1998), η οποία αποτελεί μια πολυδιάστατη κλίμακα αξιολόγησης των στρατηγικών που ένα άτομο χρησιμοποιεί για να αντιμετωπίσει προβλήματα και βλάβες υγείας. Με τη χρήση διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων η Κλίμακα Αντιμετώπισης Βλαβών και Προβλημάτων Υγείας (KABPIY) μας έδωσε μια αξιόπιστη δομή πέντε παραγόντων με 4-8 δηλώσεις ο καθένας. Οι παράγοντες στρατηγικές αυτές είναι οι: α) διαχείριση του προβλήματος: περιλαμβάνει στρατηγικές που αποσκοπούν στην προσπάθεια διαχείρισης του προβλήματος τόσο σε γνωστικό (πχ μαθαίνω περισσότερα για τις πιο αποτελεσματικές διαθέσιμες θεραπείες, βρίσκω περισσότερες πληροφορίες για την ασθένεια) όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο (πχ ακούω μουσική), β) συναισθηματικές αντιδράσεις: περιλαμβάνει τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ατόμων προς το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν. γ) τήρηση θεραπευτικής αγωγής: οι δηλώσεις αναφέρονται κυρίως στις προσπάθειες τήρησης των οδηγιών του ιατρικού προσωπικού (πχ κάνω ότι μου λέει ο γιατρός μου, είμαι συνεπής στην λήψη των φαρμάκων), δ) ανακουφιστικές στρατηγικές: αξιολογούν τις στρατηγικές του ατόμου που αποσκοπούν στην ανακούφιση και την επίτευξη ηρεμίας (πχ μένω στο κρεβάτι, προσπαθώ να χρησιμοποιήσω όσο λιγότερη ενέργεια μπορώ) και ε) ονειροπόληση-ευχολογική

σκέψη : τα θέματα αυτά αναφέρονται κυρίως σε αποφυγή της πραγματικότητας (πχ σκέφτομαι τις καλές εποχές που είχα ,αναρωτιέμαι γιατί συνέβη σε μένα , ονειροπολώ ευχάριστα πράγματα) .

10. ΕΥΡΗΜΑΤΑ

10.1 Συσχέτιση των απειλών που βιώνουν οι χρόνιοι ασθενείς και χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης (coping)

Σε αυτό εδώ το μέρος θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων που συλλέχθηκαν με την χρήση των καταλλήλων τεστ του SPSS V.17.

Για να χρησιμοποιηθούν τα στατιστικά κριτήρια που παρουσιάζονται παρακάτω θα πρέπει να πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις σχετικές με τη μορφή της κατανομής των ερευνητικών δεδομένων. Ελέγξαμε λοιπόν, εάν οι μεταβλητές του δείγματος που θέλουμε να μελετήσουμε ακολουθούν κανονική κατανομή και βρήκαμε ότι όντως ισχύει, οπότε και προχωρήσαμε στην εφαρμογή των στατιστικών κριτηρίων.

Το στατιστικό κριτήριο που χρησιμοποιήσαμε εδώ είναι ο δείκτης συσχέτισης Pearson r , γιατί μελετάμε την αλληλεπίδραση 2 μεταβλητών και μας ενδιαφέρει κατά πόσο οι τιμές που παίρνει μια μεταβλητή επηρεάζονται από τις τιμές που παίρνει η άλλη μεταβλητή. Ζητάμε δηλαδή να διαπιστώσουμε κατά πόσο η μεταβολή στις τιμές της απειλής επιφέρουν αλλαγές στην επίδραση των στρατηγικών αντιμετώπισης. Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι χρησιμοποιούμε το δείκτη συσχέτισης Pearson r γιατί οι δυο μεταβλητές μας έχουν μετρηθεί σε κλίμακα ίσων διαστημάτων και αυτό αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη χρήση αυτού του δείκτη συσχέτισης (Ρούσσος, 2006).

Ο Πίνακας 3 εμφανίζει τις συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές 'Απειλής', όπως και στις μεταβλητές Στρατηγικής αντιμετώπισης της ασθένειας με 'Ονειροπόληση', 'Ανακούφιση', 'Αντιμετώπιση προβλημάτων', και τέλος με την 'Τήρηση των ιατρικών οδηγιών'. Ο παρακάτω πίνακας δείχνει ότι αρκετές συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές. Δηλαδή, φαίνεται ότι η μεταβλητή 'Απειλή' συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τις τεχνικές της 'Ονειροπόλησης' $\{r(194)=.470, p<.01\}$ 'Ανακούφισης' $\{r(194)=.434, p<.01\}$ και 'Αντιμετώπιση προβλημάτων' $\{r(193)=.216, p<.01\}$ και αυτή η συσχέτιση είναι θετική, δηλαδή όσο αυξάνεται ο φόβος για την ασθένεια τόσο πιο πολύ οι συμμετέχοντες εφαρμόζουν τις τεχνικές αντιμετώπισης. Επιπρόσθετα, οι δύο πρώτες συσχετίσεις είναι και οι πιο ισχυρές σε σχέση με την τελευταία για την μεταβλητή της 'Απειλής'. Βέβαια, φαίνεται ότι η 'Τήρηση των ιατρικών συμβουλών' σαν τεχνική αντιμετώπισης της ασθένειας δεν κατάφερε να συσχετιστεί στατιστικά σημαντικά με τον φόβο της ασθένειας. Αυτό

σημαίνει ότι η τήρηση των ιατρικών συμβουλών δεν έχει να κάνει με την απειλή. Πιθανώς την τήρηση των ιατρικών οδηγιών την εφαρμόζουν όλοι οι ασθενείς .

10.2 Απειλή , στρατηγικές αντιμετώπισης (coping) και συσχέτιση με σωματική και ψυχική υγεία

Ειδική αναφορά πρέπει να γίνει στις συσχετίσεις της Σωματικής και Ψυχικής υγείας με τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας όσο και στην μεταξύ τους προκύπτουσα συσχέτιση. Οι δύο αυτές καταστάσεις βρέθηκαν ότι συσχετίζονται σε μέτριο βαθμό, έχουν μία μέτρια αλλά θετική συνάφεια, δηλαδή { $r(191)=.345, p<.01$ }. Η Σωματική υγεία βρέθηκε ότι συσχετίζεται αρνητικά με τον Φόβο της ασθένειας { $r(195)=-.379, p<.01$ }, μία μέτρια συνάφεια. Επίσης, συσχετίζεται αρνητικά με την τεχνική της Ανακούφισης ($r=-.536, p<.01$) όπως συσχετίζεται αρνητικά αλλά μέτρια με την τεχνική της Ονειροπόλησης { $r(192)=-.278, p<.01$ }. Καταλαβαίνουμε λοιπόν, πώς όσο αυξάνεται η σωματική υγεία των ανθρώπων , τόσο λιγότερο ανακουφιστικές στρατηγικές χρησιμοποιούν για τον πόνο και επίσης τόσο λιγότερο ονειροπολούν. Παρομοίως, η Ψυχική υγεία βρέθηκε ότι συσχετίζεται αρνητικά με τον Φόβο της ασθένειας { $r(192)=-.284, p<.01$ }, μία μέτρια συνάφεια όπως συσχετίζεται αρνητικά και μέτρια με την τεχνική της Ανακούφισης { $r(190)=-.261, p<.01$ } και την τεχνική της Ονειροπόλησης { $r(189)=-.284, p<.01$ }. Η αντιμετώπιση προβλημάτων μεταβλητή και η υπακοή στις ιατρικές συμβουλές/οδηγίες δεν βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά ούτε με την σωματική υγεία ούτε με την Ψυχική υγεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 3. Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών :απειλή,στρατηγικών αντιμετώπισης ,σωματικής και ψυχικής υγείας

	Απειλή (threat)	Ονειροπόληση (coping daydreaming)	Ανακουφιστικές στρατηγικές (coping soothing)	Αντιμετώπιση προβλημάτων (coping problem)	Τήρηση των ιατρικών οδηγιών (coping adherence)	Σωματική υγεία(somatic health)	Ψυχική υγεία (mental health)
Απειλή r	1						
ονειροπόληση r	,470 ,000	1					
Ανακουφιστικές στρατηγικές r	,434 ,000	,481 ,000	1				
Αντιμετώπιση προβλημάτων r	,216 ,003	,299 ,000	,169 ,020	1			
Τήρηση των ιατρικώνοδηγιών r	,077 ,283	,282 ,000	,210 ,003	,472 ,000	1		
Σωματική υγεία r	-,379 ,000	-,278 ,000	-,536 ,000	,088 ,222	-,035 ,629	1	
Ψυχική υγεία r	-,284 ,000	-,284 ,000	-,261 ,000	,075 ,305	,096 ,185	,345 ,000	1

10.3 Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις μεταβλητές σωματική υγεία ,ψυχική υγεία ,απειλή και στρατηγικών αντιμετώπισης

Το κατάλληλο στατιστικό κριτήριο που πρέπει να χρησιμοποιήσουμε είναι το T-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα, γιατί υπάρχουν δύο πειραματικές συνθήκες και σε κάθε μια από τις συνθήκες αυτές χρησιμοποιούνται διαφορετικά υποκείμενα (άντρες-γυναίκες). Στην έρευνα μας , η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι το φύλο, με δυο επίπεδα (άντρας και γυναίκα), και οι εξαρτημένες μεταβλητές που είναι :η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία, η απειλή και οι στρατηγικές αντιμετώπισης . Με το t-test δηλαδή ψάχνουμε να βρούμε τις διαφορές που υφίστανται. Για να έχουμε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, η τιμή t θα πρέπει να είναι ίση ή μεγαλύτερη από την κρίσιμη τιμή (Ρούσσος & Τσαούσης ,2006).

Το τεστ του Levene χρησιμοποιείται για να ελέγξει την υπόθεση ότι δύο πληθυσμιακές διασπορές είναι ίσες, αν η διακύμανση δηλαδή δύο ομάδων είναι ίδια. Το Levene's test είναι μη στατιστικά σημαντικό σε όλες τις μεταβλητές ($p>,005$), άρα πρέπει να δούμε την πρώτη γραμμή του παρακάτω πίνακα για Independent Samples Test.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την σωματική υγεία δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων: $t(193) = ,94$, n.s. Το ίδιο παρατηρούμε και για τις εξής μεταβλητές: ψυχική υγεία: $t(190) = 1,265$, n.s. απειλή: $t(194) = 1,272$, n.s , τεχνική της ονειροπόλησης: $t(191) = -,542$, n.s., ανακουφιστικές στρατηγικές : $t(192) = -,852$, n.s. αντιμετώπιση προβλημάτων: $t(191) = ,271$, n.s. και τήρηση των ιατρικών οδηγιών: $t(193) = -,569$, n.s.

Γενικά ,τα αποτελέσματα t-test που εξέτασαν ενδεχόμενες διαφορές των αναφερόμενων μεταβλητών μεταξύ του ανδρικού και γυναικείου φύλου έδειξαν σε όλες τις περιπτώσεις μη στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ($p>0,05$).

Ο παρακάτω πίνακας περιέχει επίσης τα περιγραφικά στατιστικά της ανάλυσης (μέσον όρο και τυπική απόκλιση) για τους άντρες και τις γυναίκες. Μελετώντας πιο προσεκτικά τον παρακάτω πίνακα, διαπιστώνεται ότι οι άντρες και γυναίκες έχουν μία μεγαλύτερη διαφορά στους μέσους όρους στις μεταβλητές της Ψυχικής και Σωματικής υγείας. Συγκεκριμένα, οι άντρες έχουν μέσο όρο σωματικής υγείας $M=63$

(N= 100, T.A.=28.20) και Ψυχικής υγείας M=58.23 (N=99, T.A =23.48) ενώ οι γυναίκες έχουν μέσο όρο σωματικής υγείας M=59.16 (N= 95, T.A.=28.94) και Ψυχικής υγείας M=53.87 (N=93, T.A =24.31). Οι υπόλοιπες μεταβλητές που σχετίζονται με τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας όπως και η μεταβλητή ‘Απειλή’ δεν φαίνονται να έχουν μία μεγάλη διαφορά μέσων όρων μεταξύ των δύο φύλων. Πρέπει να ειπωθεί ότι μεγαλύτερο σκορ σημαίνει μεγαλύτερη σωματική ή νοητική υγεία και στις τεχνικές αντιμετώπισης της ασθένειας, μεγαλύτερη προσκόλληση σε αυτές.

Πίνακας 4. Διαφορές φύλου ως προς την σωματική υγεία , την ψυχική υγεία , την απειλή και των στρατηγικών αντιμετώπισης

		ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	Sig. (2-tailed)	t- τιμές
Σωματική Υγεία	Άντρες	63,0000	28,20380	,349	
	Γυναίκες	59,1579	28,94099	,349	,939
Ψυχική Υγεία	Άντρες	58,2323	23,47723	,208	
	Γυναίκες	53,8710	24,30702	,208	1,265
Απειλή	Άντρες	25,6400	11,87436	,205	
	Γυναίκες	23,5417	11,19861	,204	1.272
Στρατηγική Ονειροπόλησης	Άντρες	17,6020	5,10052	,589	
	Γυναίκες	18,0000	5,10111	,589	-,542
Ανακουφιστικές στρατηγικές	Άντρες	10,9796	3,55220	,395	
	Γυναίκες	11,4479	4,09073	,396	-,852
Αντιμετώπιση Προβλημάτων	Άντρες	16,2424	5,59170	,786	
	Γυναίκες	16,0319	5,15867	,786	,271
Τήρηση των ιατρικών οδηγιών	Άντρες	12,4848	2,29624	,570	
	Γυναίκες	12,6771	2,42137	,570	-,569

11. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει την σχέση ανάμεσα στην απειλή που βιώνουν οι χρόνια ασθενείς και τις τεχνικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν ,προκειμένου να επιλύσουν τα προβλήματά τους .Οι αναλύσεις αυτές πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς που υπέφεραν από μια ποικιλία νοσημάτων . Στην έρευνά μας το 51% είναι άντρες και το 49% είναι γυναίκες . Αυτό σημαίνει ότι είναι μία ισομερής κατανομή που θα μας βοηθήσει στη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Όσον αφορά το πρώτο μας εύρημα διαπιστώσαμε ότι η αίσθηση της απειλής σχετίζεται θετικά με τις τεχνικές αντιμετώπισης .Όσο αυξάνεται η απειλή τόσο περισσότερο οι άνθρωποι εφαρμόζουν τεχνικές αντιμετώπισης . Η αντιλαμβανόμενη απειλή βρίσκεται στο κέντρο μιας γνωστικο-φυσιολογικής δομής που είναι σχεδιασμένη να κινητοποιεί το άτομο σε περίπτωση σοβαρού κινδύνου .Η ενεργοποίηση προκαλεί δράση σε γνωστικο-συναισθηματικές διεργασίες φυσιολογίας και συμπεριφοράς που περαιτέρω επηρεάζουν την λειτουργία και την συμπεριφορά.Οι αρνητικές αντιλήψεις για την ασθένεια και η χαμηλή ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία , αντιπροσωπεύει ένα προάγγελο της αντιλαμβανόμενης απειλής.Η μείωση της απειλής και οι παρεμβάσεις που αναπτύσσουν στρατηγικές coping , είτε εστιασμένες στο πρόβλημα , είτε στο συναίσθημα , φαίνεται να είναι λεωφόρος στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής των χρόνιων ασθενών.

Αρκετές έρευνες έδειξαν ότι υπάρχει μια θετική σχέση μεταξύ των απειλών και των στρατηγικών που χρησιμοποιούν (Kolkto-Rivera, 2004).Αναμφίβολα η διάγνωση της χρόνιας ασθένειας φέρνει ένα μεγάλο αριθμό σύνθετων προβλημάτων, συναισθηματικές δυσκολίες και αλλαγές στον τρόπο ζωής που τα άτομα καλούνται να αντιμετωπίσουν. Έρχονται λοιπόν αντιμέτωποι με απρόσμενες αλλαγές στην ζωή τους ,ανακατατάξεις και αναπροσαρμογές .

Πιο συγκεκριμένα βρήκαμε ότι η απειλή συσχετίζεται σημαντικά με τις τεχνικές ονειροπόλησης και με τις ανακουφιστικές τεχνικές .Ένας χρόνιος ασθενής είναι κατανοητό ότι ακολουθεί στρατηγικές ανακούφισης καθώς του δημιουργείται περισσότερο η ανάγκη να φροντίζει τον εαυτό του με το να νιώθει άνετα , να μένει στο κρεβάτι , να πλαγιάζει όταν νιώθει κουρασμένος , να χρησιμοποιεί όσο το δυνατόν λιγότερο ενέργεια , με στόχο να αποκτήσει σωματική και ψυχική ισορροπία.Επίσης εφαρμόζοντας στρατηγικές ονειροπόλησης ,όπως για παράδειγμα να ονειροπολεί ευχάριστα πράγματα , να σκέφτεται καλές εποχές βοηθά τον ασθενή να ξεφύγει από τις σκέψεις και τους προβληματισμούς του .Από πολλές έρευνες έχει

βρεθεί ότι η ονειροπόληση επηρεάζει θετικά τόσο τη ίδια την ασθένεια όσο και την σωματική και ψυχική υγεία του ασθενή (Dimatteo & Martin , 2006).

Εντύπωση προκαλεί το γεγονός η τήρηση των ιατρικών οδηγιών δεν κατάφερε να συσχετιστεί σημαντικά με τον φόβο της ασθένειας .Καταλαβαίνουμε λοιπόν ότι η τήρηση των ιατρικών οδηγιών εφαρμόζεται από όλους .

Κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν μια κατάσταση εστιαζόμενοι στο πρόβλημα παρουσιάζουν καλύτερη υγεία σε σχέση με εκείνα που εστιάζονται στο συναίσθημα . Παρόλο που αυτές οι στρατηγικές παρέχουν κάποιες μακροπρόθεσμες λύσεις , το άτομο μπορεί να οδηγηθεί σε ψυχική καταπόνηση γι'αυτό χρειάζεται να χρησιμοποιεί επιπρόσθετα και στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα (Dimatteo & Martin , 2006).Ωστόσο κάθε στρατηγική εφαρμόζεται μοναδικά σε κάθε κατάσταση και εξαρτάται από το κάθε άτομο και το πλαίσιο οπότε δεν υπάρχει ένας μοναδικός τρόπος αντιμετώπισης του στρες (Folkman & Lazarus , 1988).

Όσον αφορά το δεύτερο εύρημά μας βρήκαμε ότι, όσο μεγαλύτερος είναι ο αναφερόμενος βαθμός της απειλής και οι προσπάθειες να αντιμετωπιστεί , τόσο πιο αδύναμη είναι η σωματική υγεία και τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα για ψυχολογικά συμπτώματα . Όταν υπάρχουν αυξημένα επίπεδα απειλής και καταστροφισμού σε διάφορες πτυχές της καθημερινής ζωής ,είναι δυνατά συσχετιζόμενα με περισσότερο άγχος και ανησυχία (Fresco et al, 2002).

Αντίθετα, όσο μεγαλύτερη είναι η αίσθηση της κυριαρχίας της κατάστασης , τόσο καλύτερη είναι η σωματική και ψυχική υγεία .Η σωματική ασθένεια και η ψυχική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες .Η δυσλειτουργία στον ένα τομέα , οδηγεί σε δυσλειτουργία και στον άλλο,ώστε να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος αναπηρίας και απόγνωσης .Πολλές επιστημονικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας επηρεάζει αρνητικά την πορεία της σωματικής ασθένειας και αντιστρόφως (Smedema, Catalano, Ebener, 2010).

Υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του δείκτη ψυχικής υγείας και διαχείρισης προβλήματος.Η μεγαλύτερη προσπάθεια διαχείρισης των ζητημάτων υγείας σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο σχετίζεται με λιγότερα ψυχολογικά συμπτώματα .Επίσης , η αρνητική συσχέτιση αξιολόγησης της προσωπικής υγείας και των ανακουφιστικών στρατηγικών δείχνει μάλλον ότι όσο <<υγιέστερο >>κρίνει τον εαυτό του ένα άτομο, τόσο λιγότερο χρησιμοποιεί στρατηγικές (Καραδήμας et al, υπό δημοσίευση).

Τέλος, σύμφωνα με την στατιστική μας ανάλυση βρέθηκε ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στο ανδρικό και στο γυναικείο φύλο ως προς την απειλή που βιώνουν, την σωματική και ψυχική υγεία καθώς και στις στρατηγικές που χρησιμοποιούν. Από την βιβλιογραφία όμως, που υπάρχει γύρω από το φύλο και την υγεία έχει βρεθεί ότι οι άντρες έχουν καλύτερη σωματική λειτουργία σε σχέση με τις γυναίκες, όπως επίσης και ψυχική υγεία. Οι γυναίκες αναφέρουν ένα δυσανάλογο ποσό υπερβολικής ανησυχίας και διαγιγνώσκονται με διαταραχές συναισθήματος και αγχώδεις διαταραχές δύο φορές συχνότερα απ' ότι οι άντρες, παρόλο που οι άντρες εκφράζονται λιγότερο συναισθηματικά και κρατούν τα συναισθήματα μέσα τους. Αντίθετα οι γυναίκες ανοίγονται περισσότερο και μπορούν να επικεντρωθούν στις συναισθηματικές πλευρές των στρεσογόνων εμπειριών και είναι σε θέση να το συζητήσουν με άλλους. Από έρευνα των Ladouceur et al (1998) βρήκαν ότι οι προσαρμοστικές στρατηγικές διαφέρουν ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα η στρατηγική επίλυσης του προβλήματος (problem solving) φαίνεται να είναι ένας προστατευτικός παράγοντας για τους άντρες. Είναι πιο κατάλληλη στρατηγική γι' αυτούς προκειμένου να χειριστούν αρνητικές καταστάσεις. Σύμφωνα με τους Carver et al, (1993) οι γυναίκες δηλώνουν ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής αντίδρασης στα προβλήματα υγείας, αλλά ελαφρώς χαμηλότερα επίπεδα τήρησης της θεραπευτικής αγωγής. Υπάρχει απόδειξη ότι η ηλικία του ατόμου, το εκπαιδευτικό επίπεδο και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας επηρεάζουν την αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενών (Petrie & Reynolds, 2009).

Τα αποτελέσματα μας ως προς το φύλο επιβεβαιώνονται και από την έρευνα του Καραδήμα et al (υπό δημοσίευση), σύμφωνα με την οποία δεν διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο. Ωστόσο, βλέπουμε να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο το μορφωτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο τα άτομα χαμηλότερης εκπαίδευσης δήλωσαν υψηλότερη τήρηση της θεραπευτικής αγωγής, ενώ τα άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση τηρούν σε μικρότερο βαθμό την θεραπευτική αγωγή και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι συνυπολογίζουν την προσωπική τους γνώμη σε θέματα υγείας. Παρομοίως ως προς την οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε μόνο ότι όσοι ζούσαν μόνοι δήλωσαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικών αντιδράσεων. Αυτό προφανώς συνδέεται με τη μικρότερη λήψη κοινωνικής υποστήριξης, η οποία σχετίζεται σημαντικά με το επίπεδο ψυχικής υγείας.

Είναι σημαντικό επίσης να αναφέρουμε ότι η παρούσα έρευνα έχει ορισμένους περιορισμούς. Η έρευνα μας έχει βασιστεί σε αυτο-αναφορές και επομένως υπάρχει κίνδυνος τα αποτελέσματά μας να μην είναι αντικειμενικά και να μην γνωρίζουμε με ακρίβεια τις πραγματικές σκέψεις, αντιδράσεις και συναισθήματα των ασθενών. Επίσης, κάποιοι ασθενείς κυρίως μεγαλύτερης ηλικίας δεν είχαν διάθεση να βαθμολογήσουν τις απαντήσεις τους σύμφωνα με τις κλίμακες μέτρησης και έτσι προσπάθησα να λάβω κάποια στοιχειώδη λεκτικά στοιχεία για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Υπάρχει λοιπόν, μια μικρή αμφιβολία για την ακρίβεια της συμπλήρωσης, εφόσον συμπληρώθηκαν στηριζόμενα στην επικοινωνία με τον ασθενή. Ακόμη, τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σε συγκεκριμένα πλαίσια σε ασθενείς που νοσηλεύονταν στο δημόσιο νοσοκομείο Άρτας καθώς και στο ΚΑΠΗ Άρτας. Αυτό το γεγονός περιορίζει τα αποτελέσματα σε συγκεκριμένα πλαίσια μιας γεωγραφικής τοποθεσίας.

Ένας άλλος περιορισμός είναι ότι το δείγμα μας είναι σχετικά μικρό με αποτέλεσμα να μην είναι αντιπροσωπευτικό ώστε να μπορούμε να γενικεύσουμε τα αποτελέσματά μας σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Επιπροσθέτως, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η παρούσα μελέτη είναι συναφειακή έρευνα και γι' αυτό τα αποτελέσματα δεν μπορούν να εκληφθούν ως αιτιακές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Δηλαδή το γεγονός ότι βρέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ δύο συγκεκριμένων μεταβλητών δεν σημαίνει ότι η μία είναι η αιτία και η άλλη το αποτέλεσμα. Η παρουσία της μιας μεταβλητής δεν είναι αποτέλεσμα της παρουσίας της άλλης. Οπότε η ύπαρξη συσχετίσεων που βρήκαμε δεν λαμβάνεται ως απόδειξη ύπαρξης αιτιώδους σχέσης. Τέλος, δεν γνωρίζουμε κατά πόσο αξιόπιστες και έγκυρες είναι οι κλίμακες που χρησιμοποιήσαμε για την απειλή και τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Η βασική απειλή μετρήθηκε με την κλίμακα της αντιλαμβανόμενης απειλής και σε μερικές μελέτες έχει κριθεί ως αναξιόπιστη (Hagger et al, 2007). Η Κλίμακα Αντιμετώπισης Βλαβών και Προβλημάτων Υγείας (KABΠΥ) των Endler et al, (1998) αφορά άτομα που βιώνουν ποικίλα προβλήματα υγείας και περιλαμβάνει στρατηγικές που ταιριάζουν σε μια σχετικώς ευρεία ομάδα βλαβών και προβλημάτων υγείας, αλλά και στις διαφορετικές φάσεις εξέλιξής τους. Μελλοντικές έρευνες χρειάζονται να επαναλάβουν τα πορίσματά μας και να επεκταθούν και σε άλλους πληθυσμούς και καταστάσεις, προκειμένου να κατανοήσουν αν εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες στις στρατηγικές αντιμετώπισης. Έρευνες πρέπει να συσχετίσουν αντιλήψεις του εαυτού και των προσωπικών εφοδίων με την αντιλαμβανόμενη απειλή, να εξετάσουν τον ρόλο των άλλων

σημαντικών παραγόντων συμπεριλαμβάνοντας συναισθήματα και coping καθώς να δοκιμάσουν και την σχέση της απειλής με διεργασίες φυσιολογίας και με διάφορους δείκτες της ευημερίας .

Περεταίρω έρευνες επίσης, θα πρέπει να γίνουν ώστε να δούμε ακριβώς σε ποιο βαθμό καλύπτει το προσαρμοστικό δυναμικό καθεμία στρατηγική .Αυτό βέβαια έχει μία δυσκολία γιατί πρέπει να ταιριάζουμε με απόλυτη ακρίβεια τα χαρακτηριστικά της κατάστασης με την στρατηγική αντιμετώπισης . Το ποσοστό και ο τρόπος με τον οποίο οι προσωπικοί παράγοντες σχετίζονται με την διαδικασία αντιμετώπισης δεν έχουν πλήρως εξηγηθεί .Όπως προτείνουν οι Crocker et al ,(1998) για την ανάπτυξη της γνώσης στις δεξιότητες και τεχνικές αντιμετώπισης καταστάσεων , οι ερευνητές θα πρέπει να εξηγήσουν περισσότερο τους διάφορους προσωπικούς και περιστασιακούς παράγοντες που πιθανά επηρεάζουν την αντιμετώπιση.

Μελλοντικές έρευνες πρέπει να εστιάσουν στο πώς οι στρατηγικές διαχείρισης επιδρούν σε διάφορες νευρο-ορμόνες όσον αφορά στην εξέλιξη της νόσου ανάμεσα στα δύο φύλα .Έρευνες που στοχεύουν στην μελέτη του φύλου και των διαστάσεων της σωματικής και ψυχικής υγείας πρέπει να λάβουν σοβαρά και άλλους παράγοντες όπως για παράδειγμα ατομικούς , κοινωνικούς ,πολιτισμικούς κ.α.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα για καλύτερη ποιότητα ζωής , με την χρήση όλων των μέσων που υπάρχουν και που μπορούν να τους βοηθήσουν προς αυτήν την κατεύθυνση.Οι ψυχολόγοι που είναι ειδικευμένοι σε θέματα υγείας μπορούν να βοηθήσουν στην καλύτερη λειτουργικότητα του ασθενή .Είναι πολύ σημαντικό να παρέχεται στον ασθενή εκτός από ιατρικοφαρμακευτική περίθαλψη και ψυχολογική υποστήριξη.Μπορούν λοιπόν να στραφούν σε εκείνους τους ασθενείς που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα στρες , ώστε να τους εκπαιδεύσουν στρατηγικές διαχείρισης του στρες .Η βιοανατροφοδότηση , η εκπαίδευση χαλάρωσης , η άσκηση και η γνωστική θεραπεία έχουν αποδειχθεί ότι βοηθούν το άτομο να ελέγξει τις σωματικές και συναισθηματικές αποκρίσεις του στρες .Η βελτίωση διατηρείται με έναν συνδυασμό γνωστικής θεραπείας και θεραπείας της συμπεριφοράς (Atkinson et al, 2004).Γενικοί στόχοι των προγραμμάτων της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης είναι η μείωση της δυσφορίας και των άλλων αρνητικών συναισθημάτων , η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η ενίσχυση της χρήσης λειτουργικότερων στρατηγικών αντιμετώπισης .

Ευχαριστίες

Καταρχάς θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συμμετέχοντες της έρευνας , οι οποίοι , παρά τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζουν , δέχτηκαν με μεγάλη προθυμία να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο που τους έδωσα .Το πιο μεγάλο ευχαριστώ , το χρωστάω στον υπεύθυνο καθηγητή της πτυχιακής μου εργασίας κ. Καραδήμα Ευάγγελο , ο οποίος με την πολύτιμη καθοδήγησή του και την ιδιαίτερη προθυμία του, με βοήθησε να πραγματοποιήσω την παρούσα εργασία .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ajzen I, (1999).The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50,180-212

Anderson L. & Rehm L. (1984).The relationship between strategies of coping and perception of pain in the three chronic pain groups *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1170-1177

Atkinson R., Smith E., Bem D., Nolen S.(2004) *Εισαγωγή στην ψυχολογία του Hilgard*. Αθήνα: Παπαζήση .

Billings A., & Moos R. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 887-891

Bucker E., Evon D., Losielle M., Finkel B., Mill M., (2005).Coping predicts depression and disability in heart transplant candidates. *Journal of psychosomatic research*, 59, 215-222.

Burman B. & Margolin G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems *Psychological Bulletin*, 112, 39-63

Carolyn J., Forsythe E, Bruce E. (1987). Interaction of cognitive Appraisals of Stressful Events and coping: testing the goodness of fit hypothesis. , *Cognitive Therapy and Research*. 11, 4, 473-485

Carver C. & Antoni M., (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis *Health psychology*, 23, 595-598

Carver C. ,Pozo C., Harris S, Norriega V. , Scheier M. ,Robinson D. ,Ketcham A., Moffat F.,Clark K,(1993).How coping mediates the effect of optimism on distress: study of women with early stage breast cancer *Journal of personality and social psychology* , 65,(2), 375-390

Carver C., Scheier M, Weintraub K. (1989). Assessing coping strategies .A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 469-481.

Chron J. (1972) .The psychology of chronic illness, 25, 659-664

Crocker, P.R.E., & Kowalski, K.C., & Graham, T.R. (1998). Measurement of Coping Strategies in Sport. *Advances in Sport and Exercise Psychology*, edition Duda

Cronkite R., & Moos R (1984) . The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship *Journal of health and Social Behaviour*, 25, 372-393

Dimatteo M. & Martin L. (2006). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας* .Αθήνα :Ελληνικά Γράμματα

Duberstein, P. & Masling, J. (2007). *Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην αρρώστεια και στην υγεία*.Αθήνα :τυπωθήτω –Γιώργος Δαρδάνος

Feldt T., Leskinen E., Kinnunen U., Mauno S. (2000)., Longitudinal factor analysis models in the assessment of the stability of sense of coherence. *Personality and Individual Differences*, 28, (2), 239-257

Felton B, Revenson T. & Hinrichsen G. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine*, 26 (3), 309-317

Ferre J. & Perez G., (2004). *Σύγχρονη Ψυχολογία* ,Αθήνα :ευρωεκδοτική

Fresco D , Heimberg R ., Mennin D , Turk C.,(2002).Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire *Behaviour Research and Therapy*,40,313-332

Folkman S., (1984) .Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Folkman S., Lazarus R., Dunkel-Schetter C., DeLongis A. και Gruen R. , (1986).Dynamics of a stressful encounter. Cognitive appraisal, coping encounter outcomes *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

Folkman S., Lazarus R., Gruen R. & DeLongis A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social psychology*, 50, 571-579

Friedman L., Nelson D , Baer P. , Lane M. ,Smith F & Dworkin R. (1992).The relationship of dispositional optimism , daily life stress and domestic environment to coping methods used by cancer patients *Journal of Behavioral Medicine*, 15 ,127-141

Gelder A. (2007). *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Αθήνα, εκδόσεις Πασχαλίδης

Grove, J.R., & Heard, N.P. (1997). Optimism and sport confidence as correlates of slump-related coping among athletes. *The Sport Psychologist*, 11, 400-410.

- Hack T., Gegner L & Dyck D. (1994). Relationship between preferences for decisional control and illness information among women with breast cancer: A quantitative and qualitative analysis. *Medicine*, 39, 279-289
- Hagger M., Anderson M., Kyriakaki M. & Darkings S, (2007). Aspects of identity and their influence on intentional behavior: Comparing effects for three health behaviors. *Personality and individual Differences*, 2, 355-367.
- Kalat W. (1995). *Βιολογική Ψυχολογία*. Τόμ. Α'. Αθήνα: Έλλην
- Καραδήμας Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας : θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα : Τυπωθήτω
- Karademas E, Bakouli A, Bastounis A, Kallergi F, Tamtami P , Theofilou M. (2008). Illness Perceptions, Illness-related Problems Subjective Health and the Role of Perceived Primal Threat. *Journal of Health Psychology*, 13(8), 1021-1029
- Καραδήμας Ε, Ζαρογιάννος Α, Στραβοδήμος Κ, Γυφτόπουλος Α, Κωνσταντινίδης Κ. (υπό δημοσίευση). Η προσαρμογή της κλίμακας αντιμετώπισης βλαβών και προβλημάτων υγείας σε δείγμα Ελλήνων ασθενών : Ζητήματα εγκυρότητας. *Hellenic Journal of Psychology*, 1-15
- Κοκκινάκη Φ. (2006). *Κοινωνική ψυχολογία: εισαγωγή στην μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς*. Αθήνα: Τυπωθήτω
- Koltko-Rivera M., (2004). The psychology of world-views. *Review of General psychology*, 8, 3-58
- Ladoceur R, Blais F., Freeston M. & Dugas M., (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 139-152
- Lam C. & Lauder I. (2000). The impact of chronic disease on the health-related quality of life of Chinese patients in primary care. *Family Practice*, 17, 159-166
- Lawrence P. & Oliver J. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας : έρευνα και εφαρμογές*. Αθήνα : τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος
- Lazarus R. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Lazarus Richard. (1993). Coping Theory and Research: Past, present, future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Λεονταρή Α. (1998). *Αυτοαντίληψη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Magaletta P. & Oliver J. (1999). The hope constructs will and ways: Their relations with self efficacy, optimism and general well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 539-551

Major B., Kaiser C., O'Brien I., & McCoy S (2007) .Perceived discrimination as worldview threat or worldview confirmation: Implications for self esteem *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 1068-1086

Μηνασίδου Ε. & Λεμονίδου Χ. (2005). Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών , *Νοσηλευτική*, 44, 202-211

Nicolson P & Anderson P, (2003). Quality of life distress and self-esteem: A focus group study of people with chronic bronchitis. *Journal of Health Psychology*, 8, 251-270

O'Leary A.(1992).Self- efficacy and health :Behavioral and stress – physiological mediation .*Cognitive Therapy and Research* , 16 ,229-245

Oatley K. & Jenkins J. (2004) .*Συγκίνηση: Ερμηνείες και κατανόηση*, Αθήνα:Παπαζήση

Παπαδάτου Δ & Αναγνωστόπουλος Φ. (1986) . *Ψυχολογική Προσέγγιση Ατόμων με Καρκίνο*. Αθήνα:Ζερμπίνης

Παπαδάτου Δ & Αναγνωστόπουλος Φ.(1995).*Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας* .Αθήνα :Ελληνικά Γράμματα

Parkes K.(1984). Locus of control, cognitive appraisal and coping in stressful episodes *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 655-668.

Petrie K. & Reynolds L. (2009).Coping with chronic illness, 46-49.

Ρούσσοι Π. & Τσαούσης Γ. , (2006) , *Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες* .Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα

Sadock Benjamin & Sadock Virginia, (2005), *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*, London: Lippincott Williams & Wilkins

Sanderson C. (2004). *Health Psychology* .USA: Willey International

Sarason I., Sarason B., Shearin E., Pierce G. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510

Scheier M., Magovern G. , Abbott R., Matthews K., Owens J., Lefebvre R., Carver C.(1989).*Journal of personality and social psychology*, 57,(6),1024-1040

Shelley E. (1999).*Health Psychology*.Mc Graw-Hill: International Editions Psychology Senes

Sherbourne C., Meredith L., Rogers W, & Ware J, (1992) .Social support and stressful life events: age differences in their effects on health – related quality of life among the chronically ill. *Quality of life Research, 1*, 235-246

Smedema S,Catalano D., Ebener D.(2010) .The relationship of coping self – worth and subjective well-being. A structural equation model. *Rehabilitation Counseling, 53*, (3), 131-142

Wallston B. ., Alagna S., DeVellis B. & DeVellis R (1993).Social support and physical health. *Health Psychology, 2*, 367-644.

Weinman J. , Petrie K. ,Moss-Morris R & Horner R. (1996).The illness perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology and Health, 11*, 431-445.